



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

SUBNOTIFICAÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO DE ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Vítor Manuel Quesado Arieiro



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

Vítor Manuel Quesado Arieiro

**SUBNOTIFICAÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO DE ENFERMEIROS DO
SERVIÇO DE URGÊNCIA**

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Trabalho efetuado sob orientação de:

Professora Doutora Clara de Assis Coelho de Araújo

Professor Doutor Luís Carlos Carvalho da Graça

Janeiro 2015

RESUMO

Os profissionais de enfermagem são o grupo na saúde com mais representatividade nas instituições de saúde e assumem pelas características próprias da profissão que desempenham, um grupo de risco para os acidentes de trabalho devido ao seu conteúdo funcional. Os Serviços de Urgência expõem este grupo de profissionais, diariamente, a riscos de ordem biológica, química, física, mecânica e psicossocial, contribuindo para a ocorrência de acidentes de trabalho e doenças profissionais.

O presente trabalho é um estudo descritivo de cariz epidemiológico, transversal, que pretende descrever as características sociodemográficas e socioprofissionais dos enfermeiros, analisar a prevalência dos acidentes de trabalho e sua notificação e encontrar alguma relação entre as variáveis em torno da não notificação dos acidentes de trabalho. Pretende, também, identificar as causas, consequências dos acidentes não notificados, bem como, os motivos que levaram o enfermeiro a não notificar os mesmos.

A população alvo é formada pelo universo dos enfermeiros dos três Serviços de Urgência de uma Unidade Local de Saúde do Norte do País que aceitaram responder ao questionário, construído para o efeito. A construção do mesmo teve como objetivo descrever e analisar os aspetos associados à não notificação, dos acidentes de trabalho sofridos no último ano de exercício profissional.

Os dados sugerem que, 30,9% dos enfermeiros referem terem tido pelo menos um acidente de trabalho. Destaca-se a ocorrência de acidentes entre os enfermeiros com mais habilitações académicas. No total, foram relatados 57 acidentes, sendo que, 80,7% dos mesmos ficaram por notificar, verificando-se uma diferença estatística significativa entre a notificação de acidentes e a jornada média por turno.

As causas mais referidas para a ocorrência do acidente não notificado foram a sobrecarga de trabalho, a agitação psicomotora do doente, o excesso de número de doentes/enfermeiro, o número elevado de doentes e a realização de várias tarefas em simultâneo.

O fator de risco mais mencionado como causa dos acidentes não notificados foram os de origem mecânica e as consequências mais referidas estão relacionadas com o mesmo.

Os motivos que reuniram mais concordância para a não notificação dos acidentes de trabalho foram a burocracia excessiva na participação do acidente e que do mesmo não adviria qualquer consequência.

Espera-se, com este trabalho, que seja mais um contributo para a segurança deste grupo profissional no exercício das suas funções nos Serviços de Urgência, com uma consequente melhoria nos cuidados prestados ao doente/família.

Palavras-chave: Enfermagem; Urgência; Acidentes de trabalho; Notificação de Acidentes de Trabalho.

ABSTRACT

In health care institutions, nurse are the most representative group and the specific technical features makes them a risk group for occupational accidents. The emergency department expose daily these professionals to biologic, chemical, physical, mechanic and psycho-social risks, which contributes to occupational accidents and professional diseases.

This work is a descriptive study of transverse epidemiological nature, which aims to describe the socio-demographic and socio-economic characteristics of nurses, to analyze the prevalence of work-related accidents and their notification and find some relationship between the variables surrounding the non-notification of these accidents. It also aims to identify causes and consequences of the accidents that weren't notified, as well to identify the nurses motives to avoid the occupational accidents notification.

The target population were the nurse of the three emergency departments of a health Unit in the North of Country, which answered to the questionnaire, made for that effect. The questionnaire aim is to describe and analyse the aspects associated to the occupational accidents that weren't notified in the last year.

The data shows that 30,9% of the nurses had at least one occupational accident. Between nurses with more academic qualifications, exists a great number of accidents. They reported a total of 57 occupational accidents, but 80,7% of those weren't notified. There is a significant statistic association between the notification of the occupational accidents with the average shift duration.

The main causes of occupational accident not formally reported were, work overload, patient pshycomotor agitation, high number patients/nurse, large number of patients and the accomplishment of many tasks simultaneously.

In the occupational accidents that weren't notified, the most frequent risk factor reported was mechanic and the most consequences are related with it.

The main reason for the not reporting occupational accidents was the excessive slowness of the administrative procedure and the believe that no harm would come from the accident.

This works pursuits to be a contribute for the nurses safety working in the emergency departments, with the consequent health care improvement to the patients/family.

Keywords: Nursing; Emergency Medicine; Occupational Accidents; Occupational Accidents Registry

AGRADECIMENTOS

Com apresentação deste trabalho, pretende-se expressar os mais sinceros agradecimentos a todos aqueles que de alguma forma o tornaram possível.

Em primeiro lugar, uma palavra de gratidão aos orientadores desta dissertação, Professora Doutora Clara de Araújo e Professor Doutor Luís Graça, orientadora e coorientador, o reconhecimento pela disponibilidade, paciência, pela partilha dos saberes, pelos seus ensinamentos, pelas suas orientações e pertinência das suas observações.

À Unidade Local de Saúde, pelas facilidades concedidas na realização do estudo.

Aos Enfermeiros Chefes dos Serviços de Urgência onde se realizou o estudo, em especial ao Enfermeiro Miguel Garcia, pela disponibilidade expressada na realização deste trabalho.

Ao Enfermeiro Baltazar Fernandes, membro do Departamento do Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde, onde este trabalho foi realizado, uma palavra de gratidão pela atenção dedicada e facilidades concedidas, durante a execução deste trabalho.

À Escola Superior de Saúde e seus colaboradores docentes e não docentes, pelo apoio e ajuda, em especial à Dr.^a Sandra Sousa, Anabela Sousa, Augusta Barreiro e Regina Vieira, pela ajuda e apoio.

Aos meus amigos, em especial ao Bruno e Armindo, pelo acompanhamento, estímulo e amizade que sempre demonstraram.

Aos Enfermeiros que prontamente, colaboraram neste estudo, um Muito Obrigado, bem como a todos aqueles que, direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

*À minha esposa Cristina e ao meu filho Pedro, pelo incentivo, alento e paciência
que tiveram comigo durante a realização deste trabalho.*

*“Sei que o meu trabalho é uma gota no oceano,
mas sem ele, o oceano seria menor”*

Madre Teresa de Calcutá

ABREVIATURAS

Art.º Artigo

et al. Et allis (e outros)

n Número

p. Pagina

ACRÓNIMOS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ACT	Autoridade para as Condições do Trabalho
AT	Acidente de Trabalho
CGTP-IN	Confederação Geral Dos Trabalhadores Portugueses – Intersindical Nacional
CHAM	Centro Hospitalar do Alto Minho
CIT	Contrato Individual de trabalho
CRRNEU	Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência
CTC	Contrato a Termo Certo
CTFP	Contrato de Trabalho em Funções Públicas
CTI	Contrato por Tempo Indeterminado
EPE	Empresa Publica Empresarial
EU	União Europeia
OIT	Organização Mundial do trabalho
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIV	Suporte Imediato de Vida
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS®,	Statistical Package for the Social Sciences
SU	Serviço de Urgência
SUB	Serviço de Urgência Básica
SUMC	Serviço de Urgência Médico-cirúrgico
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
UGT	União Geral de Trabalhadores
ULS	Unidade Local de Saúde
ULSAM	Unidade Local de Saúde do Alto Minho
VMER	Viatura médica de Urgência e Reanimação

ÍNDICE GERAL

RESUMO	III
ABSTRAT	V
AGRADECIMENTO	VII
DEDICATÓRIA	IX
PENSAMENTO	XI
ABREVIATURAS	XII
ACRÓNIMOS	XIV
ÍNDICE GERAL	XV
ÍNDICE DE TABELAS	XVII

INTRODUÇÃO.....	23
-----------------	----

CAPITULO I – O HOSPITAL. UM CONTEXTO DE TRABALHO COMPLEXO.....	33
--	----

1.1 A Organização – Hospital.....	35
1.2 As <i>particularidades</i> do trabalho dos enfermeiros.....	39
1.3 Enfermagem – uma profissão de risco.....	42
1.4 Riscos ocupacionais para os enfermeiros	45
1.4.1 Fatores de risco de natureza Biológica	47
1.4.2 Fatores de risco de natureza Física	48
1.4.3 Fatores de risco de natureza Mecânica	49
1.4.4 Fatores de risco de natureza Psicossocial	50
1.4.5 Fatores de risco de natureza Química.....	52

CAPITULO II – OS ACIDENTES DE TRABALHO NOS ENFERMEIROS EM CONTEXTO DE URGÊNCIA	53
--	----

2.1 Os Serviços de Urgência em Portugal	55
2.1.1 Serviço de Urgência Polivalente	55
2.1.2 Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico.....	56
2.1.3 Serviço de Urgência Básica.....	57
2.2 Acidentes de trabalho.....	58
2.3 Circuito de notificação dos acidentes de trabalho.....	60

CAPITULO III – METODOLOGIA	65
----------------------------------	----

3.1 Objetivos.....	67
3.2 Tipo de estudo.....	67

3.3	População e amostra	68
3.4	Variáveis	70
3.5	Instrumento de colheita de dados	71
3.6	Procedimentos de colheita de dados	72
3.7	Tratamento de dados.....	73
CAPITULO IV – RESULTADOS		75
4.1	Caraterização dos enfermeiros dos Serviços de Urgência da ULS	77
4.2	Prevalência dos acidentes de trabalho	80
4.3	Caraterísticas dos enfermeiros e acidentes de trabalho	83
4.4	Fatores de risco dos acidentes de trabalho não notificados	86
4.5	Causas dos acidentes de trabalho não notificados	86
4.6	Consequências dos acidentes de trabalho não notificado	89
4.7	Motivos da não notificação do acidente de trabalho	91
CAPITULO V – DISCUSSÃO.....		93
CONCLUSÕES		113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		121
APÊNDICES		131
Apêndice I – Guião de entrevista		133
Apêndice II – Questionário		137
Apêndice III – Pedido de autorização para realização do estudo de investigação		149
Apêndice IV – Autorização para realização do estudo de investigação		153
Apêndice V – Teste de normalidade Shapiro-Wilk		157
Apêndice VI – Análise das diferenças quanto à notificação de AT – Jornada de trabalho		161
ANEXOS		165
ANEXO I – Procedimento geral de participação de acidente em serviço e acidente de trabalho.....		167

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros conforme as características sociodemográficas (n=55)	77
Tabela 2 – Distribuição dos enfermeiros conforme as características socioprofissionais (n=55)	78
Tabela 3 – Distribuição dos enfermeiros conforme o horário de trabalho (n=55)	79
Tabela 4 – Distribuição dos enfermeiros conforme a experiência profissional (n=55).....	79
Tabela 5 – Distribuição dos enfermeiros conforme a acumulação de funções (n=55).....	80
Tabela 6 – Distribuição dos enfermeiros conforme a prevalência dos AT (n=55)	80
Tabela 7 – Distribuição dos enfermeiros conforme a notificação dos AT (n=17)	81
Tabela 8 – Distribuição enfermeiros conforme a prevalência da notificação dos AT (n=17)	81
Tabela 9 – Motivos da notificação dos AT (n=9).....	82
Tabela 10 – Distribuição do número de AT (n=57)	82
Tabela 11 – Análise das diferenças quanto à ocorrência dos AT conforme as características sociodemográficas e socioprofissionais (n=55).....	84
Tabela 12 – Análise das diferenças quanto à notificação dos acidentes conforme as características sociodemográficas e socioprofissionais (n=17).....	85
Tabela 13 – Distribuição dos enfermeiros conforme momento do turno em que ocorreu o último AT não notificado (n=11)	85
Tabela 14 – Distribuição dos enfermeiros com AT não notificados conforme o fator de risco (n=11)	86
Tabela 15 – Distribuição dos enfermeiros pelo número de causas referidas para a ocorrência dos AT não notificados (n=11).....	87
Tabela 16 – Causas do acidente não notificado relacionadas com o doente/família (n=11)	87
Tabela 17 – Causas do acidente não notificado relacionadas com serviço e sua organização (n=11)	88
Tabela 18 – Causas do acidente não notificado relacionadas com o enfermeiro (n=11)	89

Tabela 19 – Distribuição das respostas das causas dos AT conforme as dimensões	89
Tabela 20 – Consequências dos acidentes de trabalho não notificados (n=6)	90
Tabela 21 – Distribuição das respostas das consequências dos AT conforme os fatores de risco	91
Tabela 22 – Motivos de não notificação do AT (n=11)	92

INTRODUÇÃO

O trabalho é considerado pela maioria das pessoas como uma parte essencial da sua experiência de vida, já que “a maioria dos adultos passa cerca de um quarto a um terço da sua vida no trabalho e muitas vezes, concebem o trabalho como fazendo parte da sua identidade pessoal.” (Rogers, 1997 p. 1)

Os enfermeiros desenvolvem a sua atividade em contexto de trabalho cujo objetivo é a promoção, proteção e recuperação da saúde do ser humano, ajudando-o a atingir o seu bem-estar físico e psíquico durante toda a sua vida. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) no capítulo II, Art.º 4 ponto 1, refere que o enfermeiro é o profissional na área da saúde que avalia e presta cuidados de forma holística e personalizada, de acordo com as necessidades do doente, nas condições e no local em que se encontra (Ordem dos Enfermeiros, 2012). O referido regulamento no mesmo capítulo e artigo, mas no ponto 2 aponta:

“Enfermeiro é o profissional habilitado (...), a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de Enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade aos níveis de prevenção primária, secundária e terciária.”

Os locais de trabalho destes profissionais de saúde são muito diversificados, constituindo-se em hospitais com departamentos, uns mais especializados que outros, nomeadamente Centros de Saúde, Clinicas, Pré-Hospitalar, entre outros. Em todos eles, os enfermeiros assumem a missão da prestação de cuidados a quem deles necessita. O principal meio laboral, para a maior parte dos profissionais de enfermagem, é o Hospital. “Em quase todos os países, os enfermeiros prestam maior parte dos serviços de saúde – quase 80 por cento em alguns casos” (Rogers, 1997 p. 6).

Os enfermeiros no exercício da sua profissão, dependendo do seu local de trabalho, estão expostos a vários fatores de risco, sejam eles físicos, químicos, biológicos, ergonómicos ou psicossociais. Lopes, Dagmare e Waldon (1996) refere que, o ambiente em que o profissional de enfermagem promove o bem-estar é, em si mesmo, fértil em fatores de risco. Martins, Silva e Correia (2012) refere ainda que os enfermeiros prestam o maior número de cuidados diretos, desde os mais simples aos mais complexos, de forma ininterrupta, o que os expõe a risco laboral acrescido.

As instituições de saúde, pela natureza da atividade que prestam, são pensadas em função dos utilizadores e raramente em função dos profissionais de saúde que lá trabalham, resignando para segundo plano as suas condições de trabalho.

Se por um lado estes profissionais têm de obedecer a regras, cumprindo os cuidados especiais para se protegerem destes riscos, por outro têm o direito de lhes serem garantidas as melhores condições de trabalho, para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Sagehomme (1997 p. 5) refere sobre o trabalho dos enfermeiros:

“É um pouco paradoxal constatar que os trabalhadores desta categoria que, pela própria natureza da profissão, contribuem para a proteção da vida e da vida dos outros, ainda não conseguiram, em muitos casos, resolver convenientemente os problemas da sua própria proteção.”

Os acidentes de trabalho sempre fizeram e sempre farão parte dos acontecimentos ocorridos na sociedade, o que justifica poderem ser considerados como um problema social, laboral, com implicações mais ou menos graves na saúde do trabalhador e com os consequentes constrangimentos/custos para todos os intervenientes: trabalhadores, sindicatos, empregadores, família, colegas, seguradoras e Estado, para não falar dos encargos económicos que acarretam para ele e para a sociedade. (Sousa, Carneiro e Costa, 2005)

Cavaleiro et al. (2012) referem que os últimos estudos realizados sobre acidentes de trabalho nas instituições de saúde, mostram um aumento da incidência dos mesmos, bem como um consequente aumento do absentismo laboral e dos respetivos encargos financeiros.

Desde 1913 é reconhecida a obrigatoriedade das entidades empregadoras repararem as consequências dos acidentes de trabalho, sofridos pelos trabalhadores no decurso do seu exercício profissional. O regime de reparação de acidentes de trabalho, no nosso país, encontra-se disposto nos artigos 283.º e 284.º do Código de Trabalho – Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, em que se dispõe sobre o direito à reparação dos danos devidos a acidente de trabalho.

No Relatório de Acidentes de Trabalho do Ministério da Saúde de 2007 (Portugal-Administração Central do Sistema de Saúde, 2008), o grupo profissional de saúde onde ocorreram mais acidentes foi o dos enfermeiros, com 1991 acidentes (39,3%) e dos serviços gerais, com 1541 acidentes (30,4%). Os médicos ocupam a terceira posição, com 571 acidentes de trabalho (11,3%). É nos hospitais que existe a maior incidência de acidentes de trabalho, com uma taxa média de crescimento anual mais elevada (5%), sendo os serviços de internamento com maior percentagem de acidentes (38,5%), seguido dos blocos operatórios (10,3%) em terceiro lugar, os Serviços de Urgência (SU) (9,3%).

Wiskow (2014), especialista da Organização Internacional do Trabalho (OIT), aponta que as condições de trabalho inseguras são comuns em muitos locais de trabalho no sector da saúde e, muitas vezes, podem até mesmo afetar a qualidade dos serviços prestados.

Martins, Silva e Correia (2012) acrescenta que:

“os hospitais constituem "empresas" peculiares, concebidas em função das necessidades dos utentes, dotadas de sistemas técnicos e organizacionais muito próprios, que proporcionam aos seus trabalhadores, sejam eles ou não técnicos de saúde, condições de trabalho muitas vezes precárias e piores do que as verificadas em muitos outros setores de atividade.”

Os enfermeiros, ao longo dos anos de exercício profissional, sofreram, assistiram e presenciaram acidentes de trabalho ocorridos em contexto laboral. Alguns não eram notificados e, os argumentos para não o fazerem, eram dos mais variados (falta de tempo, desvalorização do acidente, desconhecimento, evitar absentismo, excesso de burocracia, medo de ficar de atestado, ganhar menos, entre outras causas). Somente os acidentes considerados, no momento, mais graves (critério esse de características ambíguas, pois o que para uns pode ser grave, para outros não o será) e que eventualmente poderia implicar absentismo e outras consequências é que eram notificados, ideia esta corroborada pelo Departamento de Saúde, Higiene e Segurança no Local de Trabalho da Confederação Geral Dos Trabalhadores Portugueses – Intersindical Nacional (CGTP-IN, 2009). O facto de a maioria dos enfermeiros trabalhar na área da saúde, pode desvalorizar a notificação de algumas ocorrências, pela aparente facilidade dos mesmos terem acesso a consultas médicas informais.

A OIT reconheceu, num relatório de 2002, na Conferência Internacional do Trabalho, a não notificação de acidentes de trabalho e doenças profissionais. Admite a sua existência e reconhece que sua quantificação é difícil e as evidências são alarmantes (OIT, 2002).

A OIT (2013 p. 1) refere ainda:

“As estatísticas dos acidentes relatados e doenças são muitas vezes incompletas, uma vez que a não notificação é comum, e os requisitos de apresentação de relatórios oficiais, frequentemente não cobrem todas as categorias de trabalhadores.”

Para Alves (1994), a manutenção da saúde dos trabalhadores expostos a qualquer fator de risco, depende do conhecimento e dos efeitos que esses mesmos fatores possam provocar. Os efeitos e consequências dos acidentes de trabalho podem ser minorados, se a prevenção for focada nas causas e nos problemas. Ora, Merofuse, Marziale e Gemelli (2005) referem ainda que, a notificação dos acidentes de trabalho é fundamental uma decisão e adoção de medidas preventivas. Os mesmos autores atribuem a um alto índice de não notificação devido à falta de informação quanto à necessidade de notificação ou mesmo devido ao medo por parte do profissional (ser demitido ou de ser alvo de críticas) ou não estar inteiramente ciente dos riscos dos acidentes e das doenças, o que o leva a não notificar.

Basto (1996 p. 243) considera que:

“A prevenção dos riscos profissionais é considerado o principal método de controlo dos acidentes de trabalho, e têm por finalidade a adoção de atitudes e comportamentos mais seguros e saudáveis, para o que é necessário identificar e quantificar o problema”

Os acidentes de trabalho, relatados e estatisticamente estudados, podem permitir verificar o incumprimento de alguns requisitos e estes podem ter impacto social e económico em qualquer organização, levando esta a agir em conformidade. Contudo, mesmo havendo um número crescente de estudos sobre a problemática dos acidentes de trabalho, a nível nacional são poucos os estudos que retratam a notificação.

Segundo o Relatório de Sinistralidade de 2005 da Unidade Local de Saúde (ULS) em estudo, o serviço onde ocorreu mais acidentes de trabalho foi o SU (com 10% do total da sinistralidade) sendo o grupo profissional mais atingido o da enfermagem, tendo como acidentes mais numerosos as “picadas, quedas e os esforços excessivos” (SSHST, 2005). Lancman et al. (2011) referem que os SU são os locais com mais riscos para com os profissionais de saúde.

Um estudo realizado num Hospital do Norte do País, a todos os enfermeiros que tiveram acidentes de trabalho entre os anos 2000 e 2004 e que responderam ao questionário sobre acidentes de trabalho ocorridos no último ano do estudo, mas que não os participaram, refere que a proporção é aproximadamente de 1:5 entre os acidentes participados e não-participados. Identifica o Serviço de Urgência como sendo o Serviço que têm maior número de acidentes de trabalho notificado e, em relação aos acidentes de trabalho não notificados, é o quinto serviço com maior percentagem (6,8%) (Faria, 2008).

Silva (2008) refere no seu estudo sobre “Riscos ocupacionais e qualidade de vida nos profissionais de enfermagem” cujo objetivo era conhecer a incidência/prevalência dos riscos laborais a que os Enfermeiros estão sujeitos numa Unidade de Cuidados Intensivos e, com uma amostra de 25 profissionais, identifica uma expressiva percentagem dos enfermeiros que se acidentou e não notificou o acidente. Porém, não são identificadas as causas e consequências dos mesmos. Apesar de ser realizado num serviço que não um SU, já o identifica como um problema.

Arrabaço (2008) reconhece no seu estudo que, a notificação das lesões músculo-esqueléticas, apesar de estarem devidamente regulamentadas (Decreto-Lei n.º 352/2007 de 23 de outubro), a sua notificação não é real e que haja uma não notificação das mesmas, associadas à dificuldade do profissional de saúde provar como sendo consequência direta da atividade

exercida e não do normal desgaste do organismo. Admite, igualmente, que há profissionais que não notificam os acidentes relacionados com a exposição microbiana.

Martins, Silva e Correia (2012) referem que:

“Em Portugal, os estudos epidemiológicos sobre acidentes de trabalho na área hospitalar, que permitam melhor e real conhecimento das condições de trabalho, bem como das consequências que essas podem acarretar em termos de saúde pública, são poucos ou inexistentes.”

Dias et al. (2013) refere que a nível nacional, dados estatísticos sobre acidentes de trabalho, absentismo e respetivos custos são escassos.

No Brasil, esta realidade é conhecida e estudada em diferentes contextos de trabalho relacionado com os enfermeiros. Gonçalves (2007) refere que, só no Brasil, a percentagem de não notificação entre os profissionais de enfermagem varia entre os 40 a 92%, expondo a fragilidade dos dados relativamente à notificação, quando a não notificação é superior a 40%.

Napoleão et al. (2000) apontam no seu estudo realizado num hospital que 91,9% dos enfermeiros não notificaram o(s) acidentes sofrido(s). Entre os acidentes não notificados, predominaram (34,4%) os ferimentos com material cortante e/ou perfurante. Os motivos referidos são vários, como por exemplo, a lesão sofrida no acidente como sendo pequena e sem importância indicada por 53,1% dos enfermeiros, o desconhecimento da necessidade da notificação do acidente, citada por 38,8%, a falta de tempo, referida por 11% e o medo de ser demitido, referida por 2,0% dos enfermeiros. A mesma autora acrescenta ainda que as causas de não notificação de acidentes do trabalho, referidas pelos enfermeiros, demonstram desconhecimento em relação aos riscos e aos aspetos epidemiológicos e jurídicos que envolvem os acidentes em ambiente hospitalar, bem como a dependência dos trabalhadores às condições de trabalho dadas pela entidade patronal, quando manifestam a falta de tempo para notificar o acidente e o receio de perder o emprego se o fizerem. Mais refere que os resultados desse estudo evidenciam a necessidade de se implementar ações de promoção da saúde do trabalhador e de prevenção de acidentes que favoreçam a sua notificação.

Marziale (2003), no seu estudo realizado em dois hospitais no decorrer do ano de 1999, sobre “Não notificação de acidentes com perfuro cortantes na enfermagem” e com uma amostra total de 394 enfermeiros, a taxa de não notificação foi de 37,55%. Refere ainda que os motivos da não notificação foram a falta de conhecimento sobre o risco de contaminação (24.04%), a falta de informação sobre a necessidade de registo (18.27%), medo de demissão e ou repreensão por parte da chefia (6.72%).

Gonçalves (2007), no seu estudo sobre “Acidente de trabalho entre a equipe assistencial e multiprofissional, uma avaliação da não notificação”, em que estuda a taxa de não notificação numa equipa multidisciplinar constituída por 127 participantes de várias categorias profissionais, refere que, apenas 14,7% dos acidentes de trabalho foram notificados, tendo os enfermeiros uma taxa inferior quando comparado com outras classes profissionais (7,7%).

Facchim e Silva (2010), no seu estudo sobre a “Prevalência da não notificação de acidentes com material biológico pela equipa de enfermagem num hospital de Urgência” a prevalência de não notificação dos acidentes de trabalho dos enfermeiros (451 enfermeiros) com material biológico dos SU, foi de 23,23%. Identifica os principais motivos para a não notificação: falta de conhecimento sobre mecanismo de notificação, medo de comunicar a chefia, excesso de burocracia para preenchimento dos formulários e atribuição de baixo risco ao acidente.

Perante a constante ocorrência de acidentes de trabalho não participados, ou seja, não notificados, constatada na prática diária nos serviços de saúde, os estudos sobre esta temática serem poucos e as necessidades sentidas e manifestadas pelos profissionais, advém a importância e motivação da realização do mesmo, o qual pretende dar a conhecer e analisar a prevalência de acidentes de trabalho não notificados pelos enfermeiros dos Serviços de Urgência duma Unidade Local de Saúde (ULS) do Norte do país. Com os resultados do mesmo, espera-se contribuir para a implementação de práticas que ofereçam condições seguras aos enfermeiros na prestação dos cuidados e com contributos para a investigação (REPE, capítulo IV, Art.º 9, ponto 2):

“Ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em Enfermagem”

Este trabalho encontra-se estruturado em cinco capítulos. No primeiro capítulo, faz-se uma contextualização que visa fundamentar a problemática em estudo, nos quais se aborda aspetos relacionados com o Hospital e sua organização, as *particularidades* do trabalho de enfermagem e os riscos ocupacionais a que o grupo profissional dos enfermeiros estão expostos. No segundo capítulo, enquadra-se os SU em Portugal, acidentes de trabalho e o respetivo circuito de notificação. No terceiro capítulo são apresentados os objetivos que nortearam o estudo e abordadas as opções metodológicas que possibilitaram o seu desenvolvimento, para uma posterior apresentação dos resultados no quarto capítulo. No

quinto capítulo, faz-se a discussão dos resultados obtidos. Posteriormente, são apresentadas as conclusões e algumas sugestões em função dos resultados obtidos. A bibliografia das obras citadas é apresentada no final deste trabalho.

**CAPITULO I – O HOSPITAL. UM CONTEXTO DE TRABALHO
COMPLEXO**

A palavra hospital deriva do adjetivo latino *hospitalis*. A sua etimologia refere-se a hospitalidade. O conceito “*hospital*” sofreu várias alterações ao longo dos séculos, conforme o país e respetiva cultura. Inicialmente era um local de isolamento e acolhimento dos pobres, velhos e enfermos. Posteriormente também acolhia peregrinos, crianças e vagabundos (Ribeiro, 1993). Atualmente, os seus principais objetivos são a prevenção, tratamento e recuperação da saúde, sendo essa a responsabilidade de uma equipa multidisciplinar. “Os hospitais existem para prestar cuidados de saúde” (Sagehomme, 1997 p. 102) com recursos humanos e técnicos adaptados às necessidades dos doentes, ou seja, são organizações pensadas e concebidas, quase exclusivamente, em função das necessidades dos doentes que dela dependem.

1.1 A organização – Hospital

Em Portugal, o Dr. Ricardo Jorge foi o impulsionador da organização dos serviços de saúde pública. Foi em 1899, com a publicação do Decreto de 28 de Dezembro e do Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de Dezembro de 1901 que se iniciou a mesma. Instituída em 1901, a organização entrou em vigor em 1903. A prestação de cuidados de saúde era então de carácter privado, cabendo ao Estado somente a assistência aos pobres. Em 1946, a Lei n.º 2011 de 2 de Abril, anuncia a organização dos serviços hospitalares prestadores de cuidados de saúde. Carapinheiro (1993) refere que, a partir de 1946 e até ao início dos anos 60, o hospital foi considerado a peça central do sistema. São lançados os alicerces para a construção duma rede de hospitais que, posteriormente, seriam entregues às Misericórdias. A partir dos anos 60, o hospital começou a ser considerado mais como uma hierarquia superior, mas não como uma figura central do sistema.

Com a publicação da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, foi criada uma rede de órgãos e serviços prestadores de cuidados globais a toda a população, através do qual o estado garantia o direito de proteção da saúde a cada pessoa. Surgia o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Antes da criação do SNS, a assistência médica cabia às famílias, a instituições privadas e aos serviços médico-sociais da Previdência. (Portugal-Portal da Saúde, 2013). O SNS é o centro do sistema de saúde português sendo que, um dos fatores determinantes para o seu sucesso, é a qualificação (técnico-científico) dos seus profissionais.

Atualmente, o SNS é composto por todas as entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde tais como estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação: Unidades locais de saúde, Centros de Saúde e Agrupamentos de Centros de Saúde. Todos estes serviços, independentemente da respetiva natureza jurídica, estão sob a tutela do membro do Governo responsável pela área da Saúde e regem-se por legislação própria. (Portugal-Portal da Saúde, 2010).

Ferreira (2006) refere que a organização hospitalar em Portugal, foi influenciada pelas opções políticas tomadas após o 25 Abril de 1974, com vista à criação do SNS, tendo sofrido várias reorganizações ao longo dos anos como estratégia de mudança.

Para Sagehomme (1997), uma organização é um sistema constituído por atividades humanas em diferentes níveis, constituindo um conjunto complexo e multidimensional de individualidades, pequenos grupos, normas, valores e comportamentos, ou seja um sistema de atividades conscientes e coordenadas de um grupo de pessoas para atingir objetivos comuns. Fernandes (2014 p. 51), citando Garvin refere:

“As organizações possuem conhecimento organizacional, e este é a capacidade de poder executar tarefas em conjunto que as pessoas não conseguem alcançar de forma isolada visando essas tarefas criar valor às partes interessadas na organização”.

Tendo em vista a criação desses valores, foram criadas as ULS Empresa Publica Estatal (EPE), o que implicou mudanças a nível organizacional, com o objetivo da prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população, bem como assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida. (ULSAM, 2010)

Contudo, Carapinheiro (1993 p. 19) refere que, em Portugal “elabora-se a lei e espera-se que a realidade se lhe adegue. Mas como a lei não contém os instrumentos de avaliação da própria eficácia, quase sempre não se atingem os objetivos previstos.”

Para Rodrigues (2005), o hospital é um complexo sistema, onde a prestação de serviço engloba muito mais do que a aplicação do conhecimento da área da medicina, uma vez que, o trabalho é desenvolvido por pessoas e para as pessoas. É uma organização com numerosos serviços, divididos por especialidades no tratamento de patologias e no tipo de meios que utiliza.

Ferreira (2006 p. 46) refere que os Hospitais “Constituem um setor estratégico da rede de prestação de cuidados de saúde [em que] os hospitais enquadram-se nas organizações mais

complexas da sociedade moderna e caracterizam-se pela divisão do trabalho e por um vasto leque de aptidões.”

Fernandes (2014 p. 39) acrescenta:

“Quanto mais diferenciado é um hospital, mais complexo se torna. A complexidade profissional também está diretamente correlacionada com o nível de formação, ou seja, quanto maior a formação maior a autoridade técnica.”

Todo o Hospital é uma instituição complexa com inúmeros serviços. Para além de prestar cuidados de saúde, existem riscos potenciais aos quais os trabalhadores podem estar expostos, pelo que a salubridade dos ambientes de trabalho constitui um elemento relevante em matéria de saúde e bem-estar das populações.

O que faz uma organização são as pessoas, pois são elas que a dinamizam. Chiavenato (2000) menciona que cada pessoa traz conhecimento e habilidades para a mesma. No entanto, esta organização, o Hospital, coloca as pessoas que lá trabalham em contacto diário com situações de *stress* e emoção, pois lidam com a vida e a morte, com a doença, com o desespero de quem procura o bem-estar, a cura, o alívio da dor, uma palavra de esperança e por vezes não o encontra (Martins, 1996). A mesma autora refere ainda que, como todas as organizações, esta é dotada de sistemas técnicos e organizacionais muito próprios que ocasionam aos seus trabalhadores, sejam eles técnicos de saúde ou não, condições de trabalho por vezes inseguras e ocasionam acidentes de trabalho.

O ideal seria que os trabalhadores tivessem a oportunidade de serem ouvidos pelos gestores e outros profissionais da organização (hospital) para poderem expressar as suas ideias com prováveis contributos à organização do trabalho e outras questões que o envolvem.

Neste sentido, Dejours, Elisabetth e Jayet (1994 p. 135) referem que:

“Nessas condições, a organização do trabalho pode tornar-se num espaço de um debate permanente entre a direção e a base e de uma evolução gradual, advindos de boa parte dos próprios “executantes”.

Mauro et al. (2010) relatam que, na maioria das vezes, o tipo de vínculo define as condições de trabalho, a carga horária, a jornada, as atividades, a remuneração e outros aspetos que, muitas vezes, não condizem com a função realizada. A vida do trabalhador é influenciado, no local de trabalho, por vários aspetos de ordem social, como organização do trabalho, distâncias da residência, inexistência de creches, responsabilidade exagerada do cargo, despersonalização das relações entre trabalhador e patrão, apreensão ante a possibilidade de demissão ou aproximação da reforma, redução de gastos da empresa (situação económica), provocando sensação de desconforto e aborrecimento.

Dwyer e Areosa (2010 p. 6) aludem o seguinte:

“Os incentivos financeiros que visam o aumento da produtividade dão normalmente origem à execução de tarefas de forma mais rápida (aumentando simultaneamente o cansaço dos trabalhadores e o número de erros ou falhas) em detrimento, por exemplo, do cumprimento das normas e regras de segurança estabelecidas para aquela tarefa. As recompensas materiais podem também influenciar a aceitação da execução de tarefas de maior risco, a troco de dinheiro, pelos trabalhadores. (...) Todavia, os custos subjacentes a esta prática estão situados, por exemplo, no aumento do número de acidentes.”

Jacques (2002 p. 99) citando Dejours refere:

“As repercussões do processo de trabalho sobre a saúde do trabalhador são (...), derivadas tanto das condições de trabalho como da organização do trabalho. Enquanto as primeiras, que dizem respeito às condições físicas, químicas e biológicas do ambiente de trabalho se refletem sobre o físico do trabalhador, aquelas que dizem respeito à divisão técnica e social do trabalho (hierarquia, controle, ritmo, estilo gerencial...) repercutem sobre a saúde psíquica, causando-lhe sofrimento, doenças físicas e mentais.”

O desenvolvimento da enfermagem, como profissão, está ligado ao desenvolvimento dos cuidados de saúde e das diferentes formas de organização que foram aparecendo para o garantir. Os enfermeiros, tal como já foi referido, lidam e vivenciam o sofrimento, a morte e a doença, o grau de responsabilidade crescente e as tomadas de decisões, ao trabalho por turnos, as normativas emanadas pelas administrações. Todos estes fatores provocam cansaço e desgaste, dando origem, muitas vezes, a acidentes de trabalhos. Parreira (1998 p. 17) refere que “as situações de contacto com a morte e o sofrimento poderão ampliar as repercussões para o individuo e para a organização. (...) sendo no setor da saúde, é nas emergências que a violência adquire mais visibilidade e impacto.”

Mauro (1996) refere que, este grupo profissional para além de estar expostos a riscos físicos, biológicos e ergonómicos, estão igualmente expostos a riscos ligados à natureza biopsicossocial do ambiente do trabalho.

Os enfermeiros sabem que têm uma enorme razão social para existirem, pelo que ninguém pode imaginar uma organização de saúde, onde tais profissionais não estejam incluídos. Apesar disso e muito embora se trate do maior grupo profissional do sector da saúde, não lhes é, por vezes, dada a oportunidade de participar nas decisões das suas políticas.

1.2 As particularidades do trabalho dos enfermeiros

A enfermagem, desde as suas origens, está ligada à noção do *Cuidar* e é mais velha que a civilização. Quando e onde quer que as pessoas tenham começado a cuidar dos acidentados, dos doentes e dos feridos, foi aí que começou a enfermagem” (Rogers, 1997 p. 15)

Ser enfermeiro, para além do conhecimento de uma série de técnicas e habilidades, é ter a capacidade empática de saber *colocar-se no lugar do outro*, estando ao mesmo tempo, consciente de que a utilização de algumas estratégias psicológicas podem resultar em benefício para o doente, mas também para o próprio profissional.

O objetivo da enfermagem foi e será, a promoção, conservação e restabelecimento da saúde, dando especial atenção aos fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, com absoluto respeito pelas necessidades e direitos da pessoa a quem se presta esse tipo de serviço.

Várias Teóricas criaram e desenvolveram modelos e teorias de enfermagem com o propósito de sistematizar os cuidados prestados à pessoa e gerar bases teóricas que sustentassem a prática.

Como já referido, num hospital, o trabalho dos vários profissionais de saúde é realizado em unidades de cuidados organizadas, segundo as várias especialidades médicas. Nesta circunstância, os enfermeiros que estão integrados nessas unidades realizam o seu trabalho em equipas, com um determinado número de elementos, consoante as necessidades e o tipo de cuidados exigidos.

A natureza da prestação de cuidados de enfermagem, pelo seu conteúdo e especificidade, foi inserida numa carreira especial ao abrigo das várias alterações da lei laboral e da administração pública. A Lei n. 12 – A/2008 de 27 de fevereiro, veio criar novos regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações aos trabalhadores que exercem funções públicas. O conteúdo funcional da categoria de enfermeiro é inerente às respetivas qualificações e competências. Esta é dividida em duas categorias: enfermeiro principal e enfermeiro. O enfermeiro principal, para além de integrar as funções inerentes à categoria de enfermeiro integra a gestão do processo de cuidados de saúde. Para a nova categoria de enfermeiro, segundo a nova carreira, transitaram os titulares da categoria de enfermeiro, enfermeiro graduado e enfermeiro especialista.

No que se refere ao tipo de horário, os enfermeiros podem trabalhar 35 horas a 40 horas semanais (dependendo do tipo de contrato assinado com a instituição). Por vezes, esta jornada semanal prolonga-se para além das horas contratadas, por motivos de ausência de

alguns enfermeiros da equipa (doença, férias, faltas justificadas, entre outros motivos). Esta jornada pode ser distribuída por turnos de 6 horas, 7 horas, 8 horas e mesmo 12 horas, dependendo da orgânica do serviço, da equipa de enfermagem e da respetiva Direção de enfermagem da Instituição, desde que respeite as disposições legais do Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro, artigo 54 a 56, Decreto-Lei nº 62/79, de 30 de Março (art.º 28º do Dec. Lei nº 248/2009, de 22 de Setembro) e da Circular Normativa nº 18/92, de 30/07/1992 da Direcção-Geral dos Hospitais.

Os enfermeiros vinculados aos hospitais públicos trabalham com frequência para clínicas privadas, sem que sejam sujeitos a um regime salarial inferior àqueles que se dedicam em exclusividade ao SNS. Ao contrário dos médicos, que são abrangidos por um regime opcional, com horários e remunerações diferentes para quem é exclusivo, os profissionais de enfermagem não têm esse regime, o que leva a alguns profissionais a procurarem outra fonte de rendimento. De acordo com o Decreto-Lei 12- A/2008 de 27 de fevereiro - conhecida como a lei dos vínculos, carreiras e remunerações no Estado, as funções públicas são, em regra, exercidas em regime de exclusividade. O número 2 do artigo 28º daquela mesma lei refere que não podem ser acumuladas pelo trabalhador, funções ou atividades privadas concorrentes ou similares com as funções públicas desempenhadas e que com estas sejam conflituantes. No entanto, os enfermeiros vinculados aos hospitais públicos trabalham com frequência para clínicas privadas, sem que sejam sujeitos a um regime salarial inferior àqueles que se dedicam em exclusividade ao SNS, basta que para isso informem e peçam autorização às chefias hospitalares, que, em regra, é concedida, desde que não haja sobreposição horária e nem ultrapasse as 18 horas.

Em algumas situações, o número de horas de trabalho pode ainda prolongar-se por diversos motivos, tais como: excesso de atividades a realizar, tempo na passagem de turno (a transmitir informação) atraso por parte dos colegas, transferências inter-hospitalares ou socorro Pré-hospitalar, como acontece nos Serviços de Urgência Básica (SUB), que têm Ambulância Suporte Imediato de Vida (SIV) integrada, ou ainda por situações inesperadas e urgentes relacionadas com os doentes.

Os horários são organizados de forma que o enfermeiro não se ausente do serviço por mais de 3 dias seguidos (excetuando nos períodos de férias), procurando desta forma que o profissional mantenha contacto com os doentes e com o Serviço. A duração dos turnos deveria ser realizada de forma a preservar a qualidade dos cuidados e evitar riscos, aconselhando que a jornada de trabalho não deveria ultrapassar as 10 horas segundo a

Circular Normativa n.º 18/92 de 30 de julho. Contudo, segundo o Decreto-Lei n.º 68/2013 de 29 de agosto, n.º 1, artigo 2º, período normal de trabalho dos trabalhadores em funções públicas é de oito horas por dia e quarenta horas por semana, o qual se aplica aos enfermeiros igualmente.

O número de enfermeiros por turno varia conforme o mesmo (Manhã/Tarde/Noite ou Dia e Noite, conforme o número de horas por turno adotado no serviço) e conforme o tipo de Serviço e respetiva especificidade. O trabalho por turnos não é mais do que um modelo de trabalho cujo objetivo reside em garantir a seguimento do trabalho, graças à presença de várias equipas que desempenham funções no mesmo posto de trabalho ao longo das 24 horas.

Arrabaço (2008) refere que, estas alterações do ritmo circadiano do sono forçam o organismo humano a constantes esforços de acomodação levando ao desgaste e à fadiga, o que relacionado a níveis de alerta acrescidos poderão resultar em disfunções psíquicas de alguma gravidade, fazendo alusão à Diretiva 2003/88/CE relativa à organização do tempo de trabalho refere que os trabalhadores noturnos devem beneficiar de um nível de proteção em matéria de saúde e de segurança adequado à natureza do trabalho que exercem.

Geralmente, o turno da manhã é o que têm maior número de profissionais, reduzindo-o no turno da tarde e da noite. Contudo, o número de doentes é regra geral, constante (dependendo das admissões/altas/transferências inter ou intra-hospitalar). O que varia são os cuidados a prestar ao longo do dia, dependendo do doente/família e patologia associada.

Para além da prestação de cuidados aos seus doentes/famílias, os enfermeiros assumem outras tarefas nos vários turnos, desde a chefia do mesmo (na ausência do enfermeiro Chefe), a outras áreas, nomeadamente da gestão de cuidados, formação e supervisão de alunos, entre outras conforme o tipo e a organização do mesmo.

À imagem de qualquer enfermeiro, a do enfermeiro de urgência tem-se vindo a modificar ao longo dos tempos, deixando de ser aquele executor de tarefas dependentes da classe médica, para começar a realizar as suas tarefas de forma autónoma e baseada no seu corpo de saberes adquirido, conquistando um papel mais ativo desde a sua génese.

A enfermagem na Urgência, apesar da sua franca evolução nas últimas décadas, teve a sua origem com a Florence Nightingale. Atualmente, os enfermeiros de urgência têm de estar cada vez mais capacitados para intervir em doentes mais exigentes, com elevado nível de diferenciação técnica onde todos os segundos contam, envolvendo a família.

Segundo Sheehy's (2001 p. 3), a enfermagem de urgência constitui-se na:

“Prestação de cuidados a indivíduos de todas as idades que apresentam alterações da saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções. Os cuidados de Enfermagem são primários e normalmente, agudos (...) define-se pela diversidade de conhecimentos, de doentes e processos de doença.”

A enfermagem de urgência têm sempre presente o princípio da imprevisibilidade, ou seja, quando menos se espera e da forma menos desejada, algo acontece, independentemente das condições de trabalho e perante as necessidades dos doentes. Estes profissionais exercem os melhores cuidados possíveis, nem sempre ideais, face às condições que lhes são proporcionadas.

Os enfermeiros que exercem funções nos SU têm uma exigência ainda acrescida, pelo facto de recorrerem a esses serviços doentes com as mais variadas idades e patologias, não havendo uma área de diferenciação como é próprio dos serviços de internamento. Acumula a situação de alguns SU nem sempre estarem preparados para receber determinado doente, o que “*compete*” estes profissionais a estarem preparados para variedade e polivalência de tarefas, conhecimentos e habilidades.

1.3 Enfermagem – uma profissão de risco

Sabemos que o principal meio laboral, para a maior parte dos profissionais de enfermagem, é o Hospital, assistindo o ser humano ao longo de todo o seu ciclo de vida, nas condições e no local em que se encontra.

Enfermagem sempre foi associada ao longo da sua evolução à expressão do *Cuidar*. Foi através da Florence Nightingale que a enfermagem se afirmou como uma profissão. A principal atividade dos enfermeiros é prestar cuidados de enfermagem a pessoas sãs ou doentes para que mantenham, melhorem ou recuperem a sua saúde ou o seu máximo bem-estar físico e psíquico, tão rápido quanto desejável. Para além da pessoa, a enfermagem presta cuidados à comunidade, a grupos e famílias. Na prestação de cuidados, os enfermeiros têm em conta o conhecimento, a técnica, a perícia, a responsabilidade e a ética, valorizando as relações humanas com as pessoas e os restantes membros da equipa multidisciplinar, bem como a importância da relação homem/máquina e posto de trabalho. Além dos cuidados de enfermagem *gerais*, alguns enfermeiros prestam cuidados específicos em determinada área, nomeadamente nos centros de decisão, integrando comissões e órgãos de poder local/nacional.

Em 1977, a OIT reconheceu o risco e as situações particularmente difíceis, consequente do exercício profissional dos enfermeiros. Para isso, realizou uma Convenção Específica subordinada ao tema “*Emprego e Condições de Trabalho e de Vida do Pessoal de Enfermagem*”. Desta Convenção, surgiu a Recomendação 157 orientando sobre a necessidade de serem realizadas algumas medidas de vigilância de saúde nos locais de trabalho, segurança social e proteção em caso de acidentes e doença profissional para o pessoal de Enfermagem.

Nesta recomendação 157 (OIT, 1977) pode ler-se:

“Devem ser levados a cabo estudos com continuidade para determinar os riscos específicos aos quais o pessoal de Enfermagem pode ficar exposto no exercício da sua profissão, para que estes riscos sejam prevenidos e adequadamente compensados”.

A OIT (1977) reconhece igualmente o papel fundamental desempenhado pelos enfermeiros, em colaboração com os outros trabalhadores da área de influência da saúde, bem como na proteção, melhoria e bem-estar da população

No entanto, o ambiente em que o profissional de enfermagem promove o bem-estar, é em si mesmo rico em fatores de risco (Lopes, Dagmar e Waldon, 1996).

Faria (2008) refere que, nos últimos anos, muito se têm falado de “*humanização hospitalar*”, verificando-se que os estudos desenvolvidos sobre esta temática têm como objetivo primordial a qualidade de serviços prestados a quem procura e necessita de cuidados hospitalares, ou seja, os seus utentes. No entanto, as condições de trabalho, a motivação e, em consequência, o bem-estar dos profissionais de saúde têm sido relegados para segundo plano ou mesmo completamente descurado.

Tradicionalmente, os profissionais de saúde não eram considerados como uma categoria de alto risco para acidentes e doenças profissionais. Só no final dos anos 40 do século passado, o trabalho hospitalar começa a ser reconhecido de uma maneira diferente. O caso que desencadeou esta situação foi a picada com uma agulha sendo um dos primeiros casos documentados sobre a transmissão de Hepatite “B” a um trabalhador da área da saúde.

Porém, o plano inicial para a diminuição da exposição aos riscos intrínsecos ao trabalho hospitalar, remonta à década de 80 do século XX, altura do aparecimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e início a uma maior atenção aos riscos de natureza hospitalar (Cardo, 2004). Com o aparecimento da SIDA, são criadas normas referentes às questões de segurança na área da saúde.

Martins (1996 p. 45) refere que “O enfermeiro está sujeito a inúmeros fatores de risco que lhe podem causar danos que vão desde os acidentes de trabalho às doenças profissionais, sem esquecer a fadiga, o envelhecimento precoce e a insatisfação pelo trabalho”.

Silva (2008, p. 15) acrescenta:

“O meio hospitalar, com maior incidência nos serviços de Urgência, têm sido ao longo dos tempos julgada como um ambiente “contaminado” por reunir doentes com diferentes patologias, sendo algumas do foro infecto-contagioso e ser propício à realização de muitos procedimentos invasivos e que oferecem riscos de acidentes e doenças para os profissionais de saúde. (...) Profissionais de Serviço de Urgência e UCI estão descritos como profissionais de alto risco e exposição a riscos ocupacionais”.

Carapinheiro e Lopes (1997) no estudo sociográfico de âmbito nacional, em que pretenderam dar a conhecer a realidade dos enfermeiros em diferentes contextos, refere que os serviços com maior expressão percentual de situações de risco são os serviços de Medicina (86,7%), Ginecologia/obstetrícia (86%) e os SU (85,7%).

No relatório de Acidentes de Trabalho do Ministério da Saúde de 2007 (Portugal-Administração Central do Sistema de Saúde, 2008) o grupo profissional de saúde onde ocorreram mais acidentes foi dos enfermeiros. Lopes, Dagmar e Waldon (1996) afirmam que os profissionais de enfermagem devem modificar sua atitude face ao trabalho, no sentido de tomar consciência acerca dos fatores de risco ocupacional do local onde realizam a sua atividade pois, por mais paradoxal que possa parecer, o ambiente em que o profissional de enfermagem promove o bem-estar, é, em si mesmo, rico em fatores de risco tal como já foi anteriormente referido.

Difrieri (1988) refere os seguintes fatores de acidentes de trabalho nos profissionais de enfermagem: o trabalho por turnos, em especial o trabalho noturno, a duração da semana de trabalho, as jornadas contínuas, turnos laborais com mais de nove horas de trabalho por dia, os fatores económicos que levam à realização de um excesso de horas, o grau de valorização do posto de trabalho, os conflitos interpessoais, a rotina e a monotonia devido à falta ou deficientes mecanismos de recompensa pessoal e, por último, o grau de participação do trabalhador.

Silva (2008, p. 16) acrescenta que:

“Paralelamente aos riscos a que os Enfermeiros estão expostos no seu local de trabalho, inerente ao conteúdo funcional da profissão, surge o fenómeno “Duplo emprego” implicando um aumento considerável do número de horas de trabalho diárias, sendo um fator acrescido que aumenta o risco dos profissionais de se acidentarem.”

Aliás, Dwyer e Areosa (2010) referem que existe uma relação direta entre o aumento de horas trabalhadas e o aumento do número de acidentes de trabalho.

Arrabaço (2008) refere ainda que os profissionais de saúde efetuam trabalho por turnos e trabalho noturno e são referenciados como tendo maior propensão para a ocorrência de acidentes, de alterações de saúde devido ao stress provocado.

É fundamental que os enfermeiros, expostos aos riscos, tenham regras e cuidados adequados no decurso do seu exercício profissional para se protegerem de forma a evitar problemas de saúde.

Para Alves (1994), a manutenção da saúde dos trabalhadores expostos a qualquer fator de risco, depende do conhecimento e dos efeitos que esses mesmos fatores possam provocar na sua saúde.

Se as condições de trabalho não estão asseguradas, a qualidade dos cuidados prestados poderá estar comprometida.

Em suma, os profissionais de enfermagem pelas características próprias da profissão que desempenham, constituem um grupo de risco para os acidentes de trabalho.

1.4 Riscos ocupacionais para os enfermeiros

Conhecer e controlar os riscos é, sem dúvida, a melhor forma de evitar que os acidentes aconteçam!

Segundo Miguel (2007 p. 42) o risco é a “combinação da probabilidade e da (s) consequência (s) da ocorrência de um determinado acontecimento perigoso”. Para Freitas (2003 p. 308) o risco profissional é a “possibilidade de que um trabalhador sofra um dano provocado pelo trabalho. Para quantificar um risco valorizam-se conjuntamente a probabilidade de ocorrência do dano e a sua gravidade.”

Parreira (1998 p. 17) refere que:

“A Enfermagem é uma profissão de risco! Os profissionais de saúde estão submetidos a *stress* crónico, enfrentando enormes exigências psicológicas devido à especificidade do seu trabalho, para além dos riscos profissionais resultantes da exposição aos fatores ambientais”.

Em 2011, mais de 39000 enfermeiros (Portugal - Pordata, 2014) estavam ao serviço do SNS. Estes encontram-se expostos a uma grande diversidade de riscos biológicos, físicos,

químicos, sociais e psíquicos, problemas relacionados com a organização e condições de trabalho, (situações de emergência, horários contínuos e prolongados) podendo estes provocar fadiga e ainda a exposição a riscos combinados.

A avaliação do risco têm em conta a atividade, o posto de trabalho e a natureza da exposição a que o trabalhador está sujeito. Os enfermeiros no seu conteúdo funcional, desempenham uma diversidade de atividades, algumas mais diferenciadas em termos técnicos e humanos.

Silva e Pinto (2013 p. 96) referem:

“Os profissionais de saúde em seu ambiente de trabalho estão expostos a inúmeros riscos, o ambiente hospitalar é um local tipicamente insalubre na medida em que propicia a exposição de seus trabalhadores a riscos físicos, químicos, fisiológicos, psíquicos, mecânicos e, principalmente, biológicos, inerentes ao desenvolvimento de suas atividades.”

Para Bulhões (1998), o problema está no facto dos profissionais de saúde nem sempre analisarem esses riscos com a importância que lhe é devida, podendo esse facto ficar a dever-se à circunstância do risco ocupacional ser ou estar:

- Oculto: por ignorância, falta de conhecimento ou de informação. Nestes casos o trabalhador nem sequer suspeita da sua existência. A irresponsabilidade, a incompetência e o lucro a qualquer preço contribuem para que muitos dos riscos ocupacionais continuem escondidos;
- Latente: nesta modalidade, o risco só se manifesta e causa danos em condições de *stress*. O trabalhador sabe que está “a correr riscos”, mas as condições de trabalho assim o forçam a isso;
- Real: conhecido de todos, mas sem possibilidade de controlo, quer por inexistência de soluções para tal, quer pelos altos custos exigidos, ou ainda por falta de vontade política.

Segundo Ribeiro e Shimizu (2007), os fatores de riscos aos quais os enfermeiros estão expostos são:

- Riscos biológicos – estão relacionados aos microrganismos, bactérias, fungos, protozoários, vírus, etc. e material infectocontagioso, podendo causar doenças como tuberculose, hepatite, rubéola, escabiose e SIDA;
- Riscos físicos – referem-se aos ruídos, vibrações, radiações não ionizantes, temperaturas extremas, pressões anormais e humidades, iluminação inadequada e exposição a incêndios e choques elétricos;

- Riscos ergonômicos/mecânicos – compreendem o local inadequado de trabalho, levantamento e transporte de pesos, postura inadequada, erro de concepção de rotinas e serviços mobiliário, entre outros fatores;
- Riscos químicos – dizem respeito ao manuseamento de gases e vapores anestésicos, antissépticos e esterilizados, poeiras, etc.;
- Riscos psicossociais – advêm da sobrecarga vinda do contacto com o sofrimento dos doentes, com a dor e a morte, o trabalho noturno, trocas de turnos, turnos duplos e até triplos de trabalho, ritmo acelerado, tarefas fragmentadas e repetitivas entre outros.

1.4.1 Fatores de risco de natureza Biológica

Os enfermeiros dos SU estão expostos a inúmeros microrganismos patogénicos e estes podem ser responsáveis por uma variedade de infeções, colocando em risco a sua saúde.

Bulhões (1998) refere que os riscos biológicos a que estão expostos os profissionais de saúde e em particular os de enfermagem são as infeções, causadas por bactérias, vírus, rickettsias, clamídias e fungos e, em menor grau pelos protozoários, helmintos e artrópodes.

A exposição accidental ao sangue e fluidos corporais pode advir de picadas de agulhas, cortes com instrumentos (afiados e cortantes) ou através da exposição cutânea (mucosas, nomeadamente a nível dos olhos, nariz, boca e pele não intacta).

Segundo Center for Disease Control and Prevention, citado por Arrabaço (2008) refere a existência de inúmeros mecanismos possíveis de lesão. Este centro faz referência a um estudo sobre 8.225 picadas de agulhas. Cerca de 26% ocorreram durante a sua utilização no doente, 19% por eliminação inadequada, 13% durante a eliminação do objeto cortante, 10% na colisão do trabalhador ou do objeto cortante, 10% durante a limpeza, 6% por reencapsulamento, 5% no processo de transferência de amostras e 4% no trajeto para eliminar o objeto. Em 435 dos incidentes, não foi registado o mecanismo da lesão. As circunstâncias da eliminação do objeto (inadequado no ato ou no trajeto para a sua eliminação) verificaram que correspondeu a cerca de 36% do total dos acidentes.

International Healthcare Worker Safety Center, citado por Arrabaço (2008), refere que o risco de contrair a infeção depende, ainda, do tipo de dispositivo médico e da quantidade de sangue a que o profissional foi exposto. O risco de infeção apresenta os valores de 0,25% a

0,4% para o vírus de imunodeficiência humana, subindo para 0,4% a 1,8% para a hepatite C e de 6% a 30% no caso da hepatite B.

Segundo o Decreto-Lei n. 84/97 16 Abril, no artigo 4, estabelece as prescrições mínimas de proteção da segurança e da saúde dos trabalhadores, contra os riscos da exposição a agentes biológicos no trabalho. Os agentes biológicos são categorizados em quatro grupos por ordem crescente de risco de exposição e infecciosidade e seguem os critérios de patogenicidade, virulência, modo de transmissão, endemidade, existência ou disponibilidade de medidas profiláticas e tratamento eficaz.

A Portaria nº 405/98, de 11 de julho, aprova a classificação dos agentes biológicos. Por sua vez, a Portaria nº 1036/98, de 15 de dezembro altera a lista dos agentes biológicos classificados, constante do anexo à Portaria nº 405/98, de 11 de julho. O Decreto-Lei nº 2/2001, de 4 de janeiro regula a utilização de microrganismos geneticamente modificados, tendo em vista a proteção da saúde humana e do ambiente.

O Decreto-Lei nº 121/2013, de 22 de agosto, estabelece o regime jurídico relativo à prevenção de feridas provocadas por dispositivos médicos corto-perfurantes, que constituam equipamentos de trabalho nos setores hospitalar e da prestação de cuidados de saúde.

1.4.2 Fatores de risco de natureza Física

Os enfermeiros encontram-se expostos a uma grande variedade de riscos físicos, nomeadamente radiações ionizantes e não ionizantes, ruído, gases anestésicos, vibrações, ambiente térmico (calor e frio extremos), riscos elétricos e iluminação. (Bulhões, 1998)

Faria (2008) refere que a exposição a radiações não ionizantes têm efeitos imediatos no profissional de saúde e pode contribuir para o envelhecimento precoce da pele, ou o eventual aparecimento de cataratas e cancro de pele. O mesmo autor refere ainda que os efeitos térmicos sobre os tecidos, em exposição prolongada, podem produzir um desequilíbrio do sistema de termorregulação, designado por "*golpe do calor*" que pode revelar-se mortal.

Relativamente ao ruído, este pode ser incomodativo devido aos alarmes sonoros dos equipamentos de monitorização dos doentes, o das visitas, o desenvolvimento normal das atividades do serviço, muitas vezes descuidado nas diversas instituições hospitalares. Sobre a vibração, é um tipo de risco pouco frequente a nível hospitalar (Faria, 2008). Sobre a

iluminação, Faria (2008) refere que a mesma sendo insuficiente pode dar origem a consequências graves quer para o profissional quer para o doente.

Arrabaço (2008) considera ainda como riscos físicos, os associados ao posto de trabalho como os riscos, a má conceção do posto de trabalho, o ambiente de trabalho em que o ambiente térmico (calor ou frio extremo) são stressores e por último os fatores relacionados com a atividade socioeconómica e competitividade da organização.

A Portaria n.º 987/93 regulamenta a forma como os locais de trabalho devem ser construídos de forma a assegurar condições de estabilidade, resistência e salubridade para garantir uma segurança conciliável com os riscos e características da atividade exercida.

O Decreto-Lei n.º 348/89, de 12 de outubro, estabelece normas e diretivas de proteção contra as radiações ionizantes. O Decreto-Lei n.º 182/2006, de 6 de setembro faz referência às prescrições mínimas de segurança e de saúde em matéria de exposição dos trabalhadores aos riscos devidos aos agentes físicos (ruído) e o Decreto-Lei n.º 46/2006, de 24 de fevereiro, por sua vez, é relativo às prescrições mínimas de segurança e saúde respeitantes à exposição dos trabalhadores aos riscos das vibrações.

1.4.3 Fatores de risco de natureza Mecânica

Um estudo da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2001) refere que as perturbações músculo-esqueléticas, constituem um sério problema com repercussões para a saúde dos trabalhadores, atingindo mais de 40 milhões de trabalhadores da União Europeia.

Num hospital, os enfermeiros estão constantemente manipular “cargas” adotando diferentes posturas (“carga” diz respeito a doentes aos quais está associada a natureza do cuidar). Para Marziale e Robazzi (2000), os riscos de natureza ergonómica, no trabalho de enfermagem, estão associados à movimentação e ao transporte de doentes, manuseamento de equipamentos e materiais, às posturas prolongadas e inadequadas nos diferentes postos de trabalho, às frequentes flexões da coluna, a organizar as enfermarias, ao tipo de mobiliário, sendo este na maior parte dos casos não regulável e inadequado para os seus usuários, além das deslocações desnecessárias realizados durante a jornada de trabalho. Os movimentos referidos caracterizam-se por levantar, puxar/empurrar objetos pesados, trabalhar em posição estática e executar movimentos repetitivos, dependendo dos diferentes graus de dependência do doente. As principais consequências da movimentação inadequada são as lesões músculo-esqueléticas.

Há fatores predisponentes ao aparecimento de lesões. A maioria do grupo profissional é constituída por mulheres (Neves, Silva e Latas, 2004). As mulheres têm uma menor resistência nos ligamentos e músculos, os quais cobrem os discos intervertebrais e por esse motivo são mais suscetíveis às lesões músculo-esqueléticas.

Para Barroso, Carneiro e Costa (2008), são vários os aspetos de natureza organizacional que têm, ou poderão ter, um efeito negativo sobre o risco de lesões músculo-esqueléticas associado às atividades dos enfermeiros. Destacam-se o grau de dependência dos doentes, o rácio doente/enfermeiro, distribuição da carga de trabalho pelos turnos e ao longo dos turnos, o espaço disponível, as características do mobiliário e os meios auxiliares disponíveis.

1.4.4 Fatores de risco de natureza Psicossocial

O stress é o segundo problema de saúde relacionado com o trabalho, mais referido na Europa. Os riscos de natureza psicossocial, relacionados com o trabalho, têm sido identificados como um dos grandes desafios contemporâneos para a saúde e segurança, estando ligados a problemas nos locais de trabalho tais como o *stress*, violência, assédio e intimidação no trabalho (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2012).

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde Higiene no Trabalho (2014) refere:

“Os riscos psicossociais decorrem de deficiências na conceção, organização e gestão do trabalho, bem como de um contexto social de trabalho problemático, podendo ter efeitos negativos a nível psicológico, físico e social tais como stress relacionado com o trabalho, esgotamento ou depressão. Eis alguns exemplos de condições de trabalho conducentes a riscos psicossociais:

- Cargas de trabalho excessivas;
- Exigências contraditórias e falta de clareza na definição das funções;
- Falta de participação na tomada de decisões que afetam o trabalhador e falta de controlo sobre a forma como executa o trabalho;
- Má gestão de mudanças organizacionais, insegurança laboral;
- Comunicação ineficaz, falta de apoio da parte de chefias e colegas;
- Assédio psicológico ou sexual, violência de terceiros.”

A sobrecarga de trabalho, o envolvimento na assistência aos doentes, o excesso de atividades ou tarefas em determinado período de tempo e com exigências para as quais o trabalhador não têm conhecimentos e/ou competências, são fontes frequentes de *stress*. Este grupo profissional está, muitas vezes, envolvido na assistência aos doentes, que muitas vezes nem

se dá conta da sua própria vulnerabilidade ao stress. Agencia Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2014) acrescenta “Os trabalhadores sofrem de stress quando as exigências inerentes à função excedem a sua capacidade de lhes dar resposta.” A mesma Agencia refere ainda que cinquenta a sessenta por cento do absentismo nas empresas e instituições na União Europeia (EU) é provocado por problemas relacionados com o *stress*, estimando que afeta quarenta milhões de trabalhadores com custos elevados, quer para as organizações, quer para o Estado e para o próprio trabalhador.

Faz parte do quotidiano dos profissionais de enfermagem a sobrecarga de trabalho associado à pressão no tempo, ao contacto constante com o sofrimento, com a morte, sentido de responsabilidade próprio da profissão, as constantes mudanças de turno e o trabalho por turnos com efeitos diretos e indiretos no ritmo biológico, a obrigatoriedade de continuarem a trabalhar até serem substituídos, podem aumentar os impactos para o indivíduo e para a organização, ou seja “*burnout*” (Parreira, 1998).

Os profissionais de saúde que trabalham por turnos e trabalho noturno, são referenciados como tendo maior propensão para a ocorrência de acidentes, de alterações de saúde devido ao *stress* provocado (Sousa, [et al.], 2005).

Ordem dos Enfermeiros (2007, p. 8) acrescenta:

“Os enfermeiros que sofrem de stress, devido a cargas laborais pesadas, atritos com os colegas, doentes e familiares, tarefas inapropriadas, conhecimentos insuficientes, má gestão ou condições de trabalho inseguras e sentem dificuldade em fornecer padrões de cuidados mais altos”.

Stokowski (2014), refere que a violência no trabalho, agressão verbal e/ou física é cada vez mais reconhecida na área da saúde. Os enfermeiros pelo facto de estarem próximos e em contato permanente com o doente e visitantes coloca-os diretamente na “*linha de fogo*” ao longo das 24 horas. Esta autora refere ainda que os maiores índices de violência acontece nos serviços de urgência. Mais refere que muitos episódios de violência contra os enfermeiros não são notificados.

Para Lancman et al. (2011 p. 114):

“É importante realçar que a violência no trabalho têm sido relacionada à deterioração das condições de trabalho e aos novos paradigmas de eficácia e de produtividade que aumentam a exposição dos trabalhadores a riscos de acidente e adoecimento.”

1.4.5 Fatores de risco de natureza Química

Os riscos de natureza química estão ligados ao manuseio de um leque variado de substâncias químicas. Estas substâncias são os desinfetantes, esterilizantes, solventes, fármacos, como por exemplo os antineoplásicos e os antibióticos, gases anestésicos, vapores e aerossóis e partículas associados à utilização de agentes químicos, substâncias e preparações perigosas.

Uva e Faria (2000) referem que os fatores de risco de natureza química são o mais extenso subgrupo de agentes causais de doença profissional.

Corte (2005), refere que, diariamente, os enfermeiros laboram com um grande número de agentes tóxicos, cujo contacto pode trazer várias consequências, quer pela inalação, quer pela digestão ou absorção através da pele. Os efeitos podem ser reações dermatológicas a tonturas, cefaleias e dificuldade respiratória, podendo mais tarde provocar doenças como asma e eczemas. Porém, nem sempre a exposição resulta em efeitos adversos à saúde pois dependem de vários fatores: tipo e concentração do agente químico, frequência e duração da exposição, práticas e hábitos de trabalho e suscetibilidade individual.

Encontra-se na legislação Portuguesa (Decreto-Lei nº 24/2012, de 6 de fevereiro) a proteção dos trabalhadores contra os riscos para a segurança e saúde, devido à exposição a agentes químicos no local de trabalho. Igualmente está legislado por Decreto-Lei nº 301/2000, de 18 de novembro, a proteção dos trabalhadores contra os riscos ligados à exposição a agentes cancerígenos ou mutagénicos, durante o trabalho. O Decreto-Lei nº 479/85, de 13 de novembro e Decreto-Retificativo D. R. nº 26/86, de 31 de janeiro fixa as substâncias, os agentes e os processos industriais que comportam risco cancerígeno, efetivo ou potencial, para os trabalhadores profissionalmente expostos.

**CAPITULO II – OS ACIDENTES DE TRABALHO NOS
ENFERMEIROS EM CONTEXTO DE URGÊNCIA**

2.1 Os Serviços de Urgência em Portugal

O Serviço de Urgência é a unidade do hospital cujo objetivo é abordar todas as situações de emergência e urgência em saúde. É considerado, por muitos, como a *porta de entrada* da grande maioria dos doentes em qualquer hospital.

De acordo com o Despacho normativo publicado em Diário da Republica n. 11/2002 (Portugal - Diário da Republica, 2002 p. 1865), Serviços de Urgência:

“São serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas decorre do referido que não constituirá uma missão primordial dos serviços de urgência a prestação de cuidados de saúde que não se enquadrem no que está definido, ou seja as situações não consideradas como sendo de emergência ou urgência médicas”.

Estes serviços atendem situações de Urgência e Emergência. No entanto, é necessário definir os termos emergência e urgência, no âmbito da saúde. Assim, podemos dizer que uma situação de Urgência é sinal de risco de falência de funções vitais. Já uma emergência corresponde a uma situação onde está iminente ou instalada, uma falência multiorgânica e/ou de funções vitais.

Foi pelo Despacho n.º 18 459/2006, 12 de setembro que foi criada a Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência, tendo sido alterada a designação/tipificação de dois dos três serviços de urgência da ULS em estudo, segundo as recomendações da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência (CRRNEU) (Portugal-CRRNEU, 2012). Decorrente deste processo de requalificação das urgências, o distrito onde se localiza a ULS foi dotado com dois Serviços de Urgência Básica (SUB), um concebido de raiz, num conselho e outro que cursou de Serviço de Atendimento Permanente para SUB, num outro.

Seguindo as recomendações da referida Comissão, foram criados 3 níveis de Serviços de Urgência e Emergência em Portugal. A legislação que regulamenta a tipificação destes serviços foi atualizada em Diário da República, 2.ª série, N.º 153 de 11 de agosto de 2014.

2.1.1 Serviço de Urgência Polivalente

É o nível de serviço de Urgência mais diferenciado de resposta à situação de emergência/urgência, encontrando-se geralmente localizado num hospital geral central.

Em termos de atendimento à população, há um Serviço de Urgência Polivalente (SUP) por cada 750.000 – 1.000.000 habitantes. Estes serviços de urgência oferecem uma resposta de proximidade à população da sua área de influência, garantindo resposta idêntica ao nível de obrigação de qualquer Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC), possuindo todos os recursos referidos abaixo na definição deste nível de SU. O nível de oferta equivale às necessidades de procura, resultantes da demografia regional e às necessidades resultantes das redes de referenciação existentes.

O que os diferencia de outros serviços é a sua resposta específica nas valências e nas respostas de Neurocirurgia, Imagiologia, com Angiografia Digital e Ressonância Magnética Nuclear, Patologia Clínica com Toxicologia, Cirurgia Vascular, Pneumologia, Via Verde da Sépsis, Via Verde do Acidente Vascular Cerebral, Via Verde do Trauma e Via Verde Coronária. No entanto, nos grandes centros urbanos onde existe mais do que um SUP, estes cuidados podem ser assegurados por um único SU. Os SUP têm uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) em gestão integrada, que pode participar na prestação de cuidados ao doente crítico do SU e que pode colaborar no seu transporte inter-hospitalar. (Portugal-CRRNEU, 2012)

2.1.2 Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

Os SUMC são o segundo nível de acolhimento das situações de urgência. Existem em rede, localizando-se como forma de apoio diferenciado à rede de SUB, para onde se referencia situações específicas definidas nas respetivas redes de referenciação. Por cada 200.000 habitantes, existe um SUMC. Se existe um SUP para cada 750.000 - 1.000.000 de habitantes (10 a 13 SUP), por cada SUP, existe 2 a 3 SUMC dependendo da densidade demográfica e das distâncias a percorrer. Como valor indicativo na realização do referido relatório e sendo a valorizar nos diferentes contextos, estes serviços devem distar mais de 60 minutos de outro SU, de nível médico-cirúrgico ou polivalente. Contudo, foi admissível a existência de mais de um SUMC, num raio de demora inferior ao referido nos casos em que a população abrangida por cada hospital seja superior a 200.000 habitantes.

A distribuição nacional de SUMC e SUP teve como objetivo garantir uma distância de tempo, no máximo 60 minutos, entre qualquer local do território nacional e um destes serviços.

Os SUMC dispõem de recursos humanos, contando com equipas de médicas, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e outros profissionais de saúde de dimensão e especialização adequada e necessários ao atendimento da população da respetiva área de influência, periodicamente adaptadas à evolução da procura do SU. Das valências médicas obrigatórias constam Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Imuno-hemoterapia, Anestesiologia, Bloco Operatório (24 horas), Imagiologia (radiologia convencional, ecografia simples, Tomografia axial computadorizada), Patologia Clínica (devendo assegurar todos os exames básicos, 24 horas); O apoio das especialidades de Cardiologia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Nefrologia (com diálise para situações agudas) e Medicina Intensiva (unidade de cuidados intensivos polivalente) deve fazer-se de acordo com o definido nas respetivas redes de referência.

Os SUMC também têm uma VMER, em gestão integrada, que participa na prestação de cuidados ao doente crítico do SU e que pode colaborar no seu transporte. (Portugal-CRRNEU, 2012)

2.1.3 Serviço de Urgência Básica

O SUB é o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência. Este SU faz uma abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência, Pode atender situações urgentes/emergentes de maior complexidade, quando as mesmas não possam ser diretamente encaminhadas para um nível de cuidados mais diferenciado para uma estabilização inicial. Estas situações podem acontecer quando o Sistema de Emergência Médica Pré-hospitalar não têm condições para assegurar, transporte para um serviço de urgência mais diferenciado ou quando o utente não recorra aos serviços de atendimento telefónico que existem ao dispor do SNS (número nacional de emergência - 112 e Linha Saúde 24) e, como tal, se dirija primariamente ao SUB mais próximo. Como valor indicativo, os SUB existem onde resida população em número considerável e, simultaneamente, o seu acesso a um nível de SU superior (SUMC ou SUP) não está assegurado em menos de 60 minutos. O SUB permite o atendimento das situações urgentes com maior proximidade das populações. Para tal dispõe dos seguintes recursos mínimos: humanos — dois médicos em presença física, dois enfermeiros, um técnico de diagnóstico e terapêutica de áreas profissionais adequadas, de acordo com a diversidade dos exames a efetuar, um assistente operacional e um administrativo, por equipa. A presença mínima de dois médicos e/ou dois

enfermeiros decorre da eventual necessidade de assegurar um transporte de doente urgente/emergente.

Quase todos os SUB do país têm uma ambulância SIV em gestão integrada, cujo elemento de enfermagem participa na prestação de cuidados e colabora no transporte de doentes críticos. Esta transferência têm que ser validada pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (Portugal-CRRNEU, 2012).

2.2 Acidentes de trabalho

Até meados do século XVIII, o conceito de acidente esteve associada a manifestações divinas e eram vistas como resultado da vontade dos Deuses.

Os acidentes são eventos que ocorrem de forma repentina e inesperada. Em termos etimológicos, a palavra “acidente” significa um qualquer evento não planeado, fortuito, imprevisto e fruto do acaso. Na linguagem do senso comum um acidente é entendido como algo nefasto, maléfico e aleatório que provoca danos ou prejuízos (Dwyer e Areosa, 2010)

Freitas e Cordeiro (2013) referem que, por ano, morrem 5 720 pessoas na União Europeia em consequência de acidentes de trabalho, segundo dados do EUROSTAT. A OIT calcula que mais 159 500 perdem a vida anualmente na UE, vítimas de doenças profissionais, ou seja, a cada três minutos e meio morre uma pessoa na UE por causas relacionadas com o trabalho. (Freitas e Cordeiro, 2013).

É importante fazer a diferenciação entre acidente e incidente. Assim, acidente é o evento não planeado que resulta em morte, doença, lesão, dano ou outra perda. Incidente é o acontecimento relacionado com o trabalho que não origina, mas poderia ter originado, dano para a saúde do trabalhador. (SSHST, 2005)

A OIT define o acidente de trabalho como “todo o acontecimento inesperado e imprevisto, incluindo os atos de violência, derivado do trabalho ou com ele relacionado, do qual resulta uma lesão corporal, uma doença ou morte, de um ou vários trabalhadores” (OIT, 2013 p. 5).

A OIT (2013 p. 5) considera ainda como acidentes de trabalho:

“Os acidentes de viagem, de transporte ou de circulação, nos quais os trabalhadores ficam lesionados e que ocorrem por causa, ou no decurso do trabalho, isto é, quando exercem uma atividade económica, ou estão a trabalhar, ou realizam tarefas para o empregador”

Segundo a legislação Portuguesa, (Lei nº 7/2009, de 12 de fevereiro), acidente de trabalho é aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho, produzindo lesão corporal,

perturbação funcional ou doença, de que resulta redução na capacidade de trabalho, ou de ganho ou morte.

A definição de local de trabalho igualmente está definida na legislação Portuguesa, Art.º 8, número 2 do Decreto-Lei 98/2009. Por local de trabalho entende-se todo o lugar em que o/a trabalhador/a se encontra ou se dirige em virtude do seu trabalho e em que esteja, direta ou indiretamente, sujeito ao controlo do empregador.

Igualmente é considerado como acidente de trabalho, o acidente *in itinere*, o que ocorre no trajeto utilizado pelo trabalhador de ida e de regresso nos trajetos normalmente utilizados e durante o período de tempo habitualmente gasto pelo trabalhador, conforme disposto no Art.º 9.º, número 2 da Lei 98/2009.

No entanto, para que um acidente de trabalho leve ao direito à reparação do mesmo, têm forçosamente que ser qualificado como “acidente de trabalho”. Isto significa que deve reunir um conjunto de características que se encontram devidamente listadas na legislação. Assim, um acidente de trabalho é considerado como tal, sempre que se observem “requisitos” previstos no Art.º 8.º da Lei 98/2009.

Além desses requisitos, a legislação considera outras situações para efeitos de definição de acidentes de trabalho previstas no art.º 9 da Lei 98/ 2009.

Na definição de acidentes de trabalho, já engloba a doença profissional. Esta é contraída em consequência de uma exposição, durante um período de tempo a fatores de risco decorrentes de uma atividade profissional. De acordo com a legislação nacional as doenças profissionais, estão referidas na lista codificada do Decreto Regulamentar n.º 76/2007 de 17 de Julho.

Na administração pública, a qualificação de acidente de trabalho é de exclusiva responsabilidade da entidade empregadora.

Os acidentes de trabalho podem gerar incapacidades. Estas podem resultar numa redução da capacidade de trabalho proveniente da lesão corporal, perturbação funcional ou doença ocasionada pelo acidente.

A incapacidade pode ser qualificada como temporária ou permanente.

Segundo o Art.º 19 Dec. Lei 98/2009, (Portugal - Diário da Republica, 2009):

“ * O acidente de trabalho pode determinar incapacidade temporária ou permanente para o trabalhador:

* A incapacidade temporária pode ser parcial ou absoluta.

* A incapacidade permanente pode ser parcial, absoluta para o trabalho habitual ou absoluta para todo e qualquer trabalho.”

A determinação da incapacidade está descrita na Tabela nacional de incapacidades (Decreto-Lei n.º 352/2007 de 23 de outubro) por acidentes de trabalho e doenças profissionais a qual está definida no Art.º 20 do supracitado Decreto-Lei. A avaliação do grau de incapacidade está descrito no Art.º 21 do mesmo decreto e este é calculado em função da natureza e da gravidade da lesão, do estado geral do sinistrado, da sua idade e profissão.

Está regulamentado igualmente na Lei (Art.º 14, Dec. Lei 98/2009) que o empregador não têm de reparar os danos decorrentes do acidente que (Portugal - Assembleia da Republica, 2014):

a) For dolosamente provocado pelo sinistrado ou provier de seu ato ou omissão, que importe violação, sem causa justificativa, das condições de segurança estabelecidas pelo empregador ou previstas na lei;

b) Provier exclusivamente de negligência grosseira do sinistrado;

c) Resultar da privação permanente ou accidental do uso da razão do sinistrado, nos termos do Código Civil, salvo se tal privação derivar da própria prestação do trabalho, for independente da vontade do sinistrado ou se o empregador ou o seu representante, conhecendo o estado do sinistrado, consentir na prestação.

2 — Para efeitos do disposto na alínea a) do número anterior, considera -se que existe causa justificativa da violação das condições de segurança se o acidente de trabalho resultar de incumprimento de norma legal ou estabelecida pelo empregador da qual o trabalhador, face ao seu grau de instrução ou de acesso à informação, dificilmente teria conhecimento ou, tendo -o, lhe fosse manifestamente difícil entende -la.

3 — Entende -se por negligência grosseira, o comportamento temerário em alto e relevante grau, que não se consubstancie em ato ou omissão resultante da habitualidade ao perigo do trabalho executado, da confiança na experiência profissional ou dos usos da profissão.”

2.3 Circuito de notificação dos acidentes de trabalho

Como já foi referido, em Portugal, a saúde no trabalho é um direito consagrado na Lei.

“Desde 1913 que é reconhecida em Portugal, a obrigatoriedade das entidades empregadoras repararem as consequências dos acidentes de trabalho sofridos pelos/as trabalhadores/as ao seu serviço”. (UGT, 2011 p. 3).

Freitas e Cordeiro (2013) consideram que, a saúde no trabalho têm como objetivo incentivar e manter o bem-estar físico, psíquico e social dos trabalhadores em todas as atividades e

profissões, prevenindo os riscos em matéria de saúde e segurança, protegendo-os dos possíveis danos para a saúde e o posto de trabalho deverá ser adequado às aptidões físicas e psicológicas do trabalhador.

“Foi, neste âmbito, instituída a obrigatoriedade legal do seguro pelo risco de acidentes de trabalho, visando assegurar aos/às trabalhadores/as por conta de outrem e aos seus familiares as condições adequadas de reparação dos danos decorrentes de acidentes de trabalho”. (UGT, 2011 p. 3)

O trabalhador têm a obrigatoriedade de participar o acidente segundo o Artigo 8.º do Dec. Lei n.º 503/99. A mesma vai desencadear o processo de reparação de eventuais danos. A mesma lei foi posteriormente atualizada pela Lei n.º 71/2014, de 01 de setembro, mas mantém o artigo supracitado.

A participação “é o procedimento previsto na lei, mediante o qual são prestadas as informações relativas ao acontecimento perigoso, ao incidente, ao acidente em serviço ou à doença profissional conforme definido no Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de novembro com as alterações introduzidas pela Lei n.º 59/2008 de 11 de Setembro”. (Dias, [et al.], 2013)

Quando ocorre um acidente de serviço, o trabalhador vítima de acidente de trabalho, deve participar essa ocorrência por escrito ou verbalmente, no prazo de dois dias úteis ao respetivo superior hierárquico, salvo se este o tiver presenciado. Deverá ser feito mediante utilização de impresso próprio fornecido pelo serviço. Se o estado de saúde do trabalhador ou outra circunstância não permitir o cumprimento prazo, (dois dias/ 48 horas pós acidente) este só será contado a partir da cessação do impedimento.

Importa referir que o seguimento do acidente de trabalho é distinto conforme o vínculo de trabalho. Se o enfermeiro tiver o vínculo de Contrato de Trabalho em Funções Públicas, o processo é assegurado pela própria instituição. A Lei n.º 4/2009, de 29 de Janeiro define a proteção social dos trabalhadores que exercem funções públicas, afastando a obrigatoriedade de contratação com uma empresa Seguradora, de seguro de acidentes de trabalho, por parte dos serviços da administração Estado. Nos trabalhadores com outro tipo que não Contrato o Contrato de Trabalho em Funções Pública, a lei supracitada, obriga a contratação de uma empresa seguradora.

O Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de novembro, estabeleceu os princípios destinados a promover a segurança, higiene e saúde no trabalho. De entre esses princípios destaca-se o da atribuição ao Estado, pelo n.º 1 do seu artigo 20º, da obrigação de assegurar a publicação regular e a divulgação de estatísticas sobre acidentes de trabalho e doenças profissionais.

Para Dias et al. (2013 p. 3):

“A informação estatística deve permitir a caracterização dos acidentes e das doenças profissionais, de modo a contribuir para os estudos epidemiológicos, possibilitar a adoção de metodologias e critérios apropriados à conceção de programas e medidas de prevenção de âmbito nacional e sectorial e ao controlo periódico dos resultados obtidos.”

Nos grupos profissionais da saúde, os dados estatísticos sobre acidentes de trabalho e doenças profissionais, dias perdidos e custos associados, são escassos nas estatísticas gerais tal como referem Dias et al. (2007). O Decreto-Lei n.º 362/93, 15/10, regula a informação estatística sobre acidentes de trabalho e doenças profissionais.

Se os acidentes de trabalho não forem notificados, mal descritos e se a informação for mal recolhida então, os resultados podem incluir conclusões erradas.

Dias et al. (2013 p. 4) acrescentam:

(...) a sub - notificação, poderá refletir uma ausência ou uma menor informação relativa à gestão deste problema por parte, dos serviços de saúde (...). Esta prática têm repercussões negativas não só no que respeita a conhecimento da realidade, mas na resposta atempada ao direito de reparação e na definição de estratégias preventivas.”

Se os acidentes de trabalho forem notificados, descritos corretamente e a informação bem compilada, o tratamento estatístico permitirá o conhecimento de possíveis défices do sistema de trabalho. Desta forma, irá permitir o desenvolvimento de mecanismos de prevenção fazendo frente às lacunas encontradas. A informação recolhida sobre a sinistralidade, têm como objetivo oferecer uma descrição detalhada das características individuais da vítima do acidente de trabalho, da instituição em que trabalha, das causas do acidente e da lesão sofrida.

Para uma correta análise do acidente de trabalho e para uma posterior análise, a notificação do mesmo obedece à descrição dos seguintes fatores segundo a OIT (2013):

- **Forma/tipo acidente** – classifica o modo como o acidente ocorreu no momento em que o agente entrou em contacto com a pessoa acidentada. Esta classificação, identifica o tipo de evento que diretamente resultou no dano, isto é, a forma pela qual o objeto ou substância que provocou a lesão entra em contacto com o lesionado.
- **Agentes materiais envolvidos** – classificam o objeto, a substância ou a condições associada ao trabalho que originou o acidente. Este critério pode classificar os acidentes de trabalho de 2 formas: o agente material relacionado com a lesão ou o agente material relacionado com o acidente.
- **Localização da lesão** – parte do corpo em que se localiza a ação traumática.

- **Natureza da lesão** – tipo de ação traumática pelo acidente. Esta classificação refere-se à lesão propriamente dita, isto é, que tipo de ferimento resultou do acidente. Os acidentes são atingidos em alguma parte do corpo, sempre que sofrem uma lesão. Esta classificação visa determinar a parte do corpo atingida.

- **Consequências** – a classificação deste critério depende da duração da incapacidade para o trabalho que as consequências do acidente implicam sempre: morte, incapacidade permanente, incapacidade temporária ou sem incapacidade.

Na ULS em estudo, o procedimento de notificação de acidentes de trabalho está descrito no Procedimento Geral (Anexo I). Importa referir novamente que o seguimento do acidente de trabalho é distinto conforme o vínculo de trabalho.

CAPITULO III – METODOLOGIA

Neste capítulo, encontra-se descrito o percurso metodológico que norteou este estudo, desde os objetivos, o tipo de estudo, população e amostra, variáveis, instrumento de recolha de dados, procedimentos de recolha de dados, tratamento de dados e considerações éticas subjacentes.

3.1 Objetivos

Tendo em consideração a problemática e a questão de partida, traçou-se o seguinte objetivo geral:

- Analisar a prevalência de acidentes de trabalho não notificados pelos enfermeiros dos Serviços de Urgência numa Unidade Local de Saúde do Norte do país.

Para a operacionalização do objetivo geral, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Descrever a prevalência dos acidentes de trabalho notificados;
- Descrever a prevalência dos acidentes de trabalho não notificados;
- Comparar as características sociodemográficas e socioprofissionais dos enfermeiros em relação com os acidentes de trabalho;
- Descrever os fatores de risco dos acidentes de trabalho não notificados;
- Descrever as causas dos acidentes de trabalho não notificados;
- Descrever as consequências dos acidentes de trabalho não notificados;
- Descrever os motivos não notificação dos acidentes de trabalho.

3.2 Tipo de estudo

Para dar resposta aos objetivos, optou-se por um estudo descritivo de cariz epidemiológico, porque pretende descrever as características sociodemográficas e socioprofissionais de uma população à luz de um determinado fenómeno ou acontecimento que, neste estudo, se desenvolveu em torno da não notificação dos acidentes de trabalho num dado momento, isto é, no último ano de exercício profissional como enfermeiro nos SU da ULS em estudo, de forma a caracteriza-lo. Sampieri, Collado e Lucia (2006 p. 100) referem que, com este tipo de estudos, o objetivo do investigador “consiste em descrever situações, acontecimentos e feitos, isto é, dizer como é e como se manifesta determinado fenómeno”.

O estudo em causa é ainda de cariz transversal, porque os dados são colhidos num único momento.

A intenção é descrever um fenómeno ainda pouco estudado ou por esclarecer permitindo no futuro, conquistar benefícios para a segurança do enfermeiro na prestação de cuidados, com consequente melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente admitido no SU.

A opção metodológica assentou numa abordagem quantitativa, consistindo num processo sistemático de recolha de dados quantificáveis de forma a estabelecer com exatidão os padrões de comportamento de uma população (Sampieri, Collado e Lucia, 2006).

3.3 População e amostra

Sendo a área de prestação de cuidados e interesse a Urgência/Emergência, optou-se para a realização do estudo, em SU de uma ULS do Norte do País.

Esta ULS têm três SU em locais estrategicamente definidos pelo Ministério da Saúde, aquando da reorganização dos mesmos com as características da rede descritas no Despacho n.º 727/2007 de 18 de Dezembro de 2006 e o Despacho n.º 5414/2008 de 28 de Janeiro e atualizado em Diário da república, 2º série, n.º 153 de 11 de Agosto de 2014, que define os SU que constituem Pontos da Rede de Referenciação de Urgência/Emergência. Estes são constituídos por um SUMC e dois SUB.

A população foi constituída por todos os enfermeiros que exercem funções na prestação de cuidados nos SU desta ULS localizada no Norte do País e que aceitaram responder voluntariamente ao questionário.

A opção de se incluir todos os enfermeiros na prestação de cuidados nos SU da ULS em estudo, foi para obter uma maior representatividade.

Segundo informação do Departamento de Urgência na ULS em estudo, o número de enfermeiros a exercerem funções no período em que decorreu o estudo, os três SU (um SUMC e duas SUB) tinham um total de 70 enfermeiros.

O SUMC atende, em média, por dia 265 doentes. Sendo uma urgência Médico-cirúrgica, têm várias valências conforme o disposto para um SU com essa tipologia e com integração de um meio do Instituto Nacional de Emergência Médica (VMER), mas os elementos não fazem parte do rácio da equipa multidisciplinar. A equipa de enfermagem é constituída por 36 enfermeiros, sendo a sua distribuição por turno realizada da seguinte forma: 6 enfermeiros

em turnos de 12 horas (Dia: 8 às 20.30 horas e Noite: 20.00 horas às 08.30 horas) e um enfermeiro com turno de 8 horas (Manhã: 8 às 16 horas e Tarde: 16 às 24 horas). De salientar, o facto de a jornada por turno ser superior a 8 horas, ter sido por opção da maioria da equipa de enfermagem. Este serviço apresenta uma média de transferência inter-hospitalares, com necessidade de acompanhamento de enfermeiro, de 1,8 transferências por dia com uma duração estimada de 2 horas, segundo os dados fornecidos pelo Departamento de Urgência da ULS em estudo.

Um dos SUB localizado num conselho mais a norte têm uma média de atendimentos por dia de 70 doentes por dia e têm a valência médica e os recursos mínimos conforme o disposto no Decreto-lei. A equipa de enfermagem é composta por 13 enfermeiros. Esta SUB não tem integrado o meio do Instituto Nacional de Emergência Médica. A jornada média por turno é de 12 horas (Dia: 8 às 20.30 horas e Noite: 20.30 às 8.30 horas), com um rácio de enfermagem de 2 enfermeiros por turno. Neste SUB, a opção da jornada de trabalho ser superior às 8 horas, foi igualmente por opção da equipa de enfermagem. Relativamente aos dados das transferências, não foi possível obter a partir dos dados do Departamento de Urgência da ULS em estudo.

O outro SU, *categorizado* como SUB segundo o referido Decreto-lei, localizado em outro conselho, têm uma média de atendimentos de 110 doentes/dia. Possui, para além da valência médica exigida para este tipo de SU, o apoio da especialidade de Medicina Interna (9 às 21 horas), podendo receber situações de urgência e emergência do foro da especialidade encaminhadas pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes. O Esta SUB têm o meio do Instituto Nacional de Emergência Médica integrado (ambulância SIV) e o elemento de enfermagem faz parte do rácio da equipa. A equipa de enfermagem é constituída por 21 enfermeiros, sendo a sua distribuição por turno realizada da seguinte forma: 3 enfermeiros (um dos quais é elemento da tripulação SIV) em turnos de 12 horas (Dia: 8 às 20.30 horas e Noite: 20.00 horas às 08.30 horas) e um enfermeiro com turno de 8 horas (Manhã: 8 às 16 horas e Tarde: 16 às 24 horas). À semelhança do SUMC, foi por opção da maioria da equipa de enfermagem que os turnos são de 12 horas. Este serviço apresenta uma média de transferência inter-hospitalares e/ou de ativações do elemento alocado à ambulância SIV de aproximadamente 3 por dia, com uma duração média por transferência/ativação de 2 horas, segundo s dados fornecidos pelo Departamento de Urgência da ULS em estudo.

De realçar que, nos três SU da ULS está implementado o Sistema de Triagem de Manchester, estando um enfermeiro destacado para esse posto de trabalho.

Dos 70 enfermeiros a quem foi solicitada a colaboração, no preenchimento do questionário, responderam ao mesmo 55 enfermeiros. A taxa de retorno foi de 78,6%.

3.4 Variáveis

Para a construção do instrumento com vista a dar resposta aos objetivos, foram operacionalizadas as variáveis conforme os seguintes blocos.

Variáveis Sociodemográficas:

- Sexo e a Idade.

Variáveis Socioprofissionais:

- Formação Académica – sendo relativa à formação académica mais elevada;
- Formação Profissional – sendo relativa à formação profissional mais elevada;
- Outra Formação Profissional – sendo relativa à outra formação profissional;
- Categoria Profissional – estruturada de acordo com o art.º 7 do Dec. Lei 47/2009 de 22 de setembro);
- Tipo de Vínculo com a Instituição – sendo relativa ao tipo de vínculo do enfermeiro com a ULS;
- Tempo de experiência Profissional como enfermeiro;
- Tempo de experiência profissional como enfermeiro no SU;
- Horário Trabalho semanal;
- Regime de Horário;
- Jornada de Trabalho;
- Acumulação;
- Conhecimento do circuito de participação do acidente de trabalho (AT) da ULS em estudo;

Variáveis de caracterização do Acidente de Trabalho:

- Acidentes de trabalho no último ano;
- Número de acidentes de trabalho que teve e notificou no último ano de exercício profissional;
- Número de acidente de trabalho que teve e não notificou;

- Fatores de risco envolvidos no(s) acidente(s) de trabalho não notificado(s);
- Causas do(s) acidente(s) de trabalho não notificado;
- Consequências do(s) acidente(s) de trabalho não notificado;
- Turno em que ocorreu o último acidente de trabalho não notificado;
- Momento do turno em que ocorreu o último acidente de trabalho não notificado;
- Causas da não notificação do(s) acidente(s) de trabalho.

A opção por estas variáveis decorrem da revisão da literatura, de estudos sobre assuntos similares e das entrevistas exploratórias.

As variáveis foram operacionalizadas como nominais, ordinais e quantitativas, optando-se pelas mais robustas, sempre que possível.

3.5 Instrumento de colheita de dados

O instrumento de recolha de dados escolhido foi o questionário dado que dá resposta a “um conjunto de questões com reação a uma ou a mais variáveis a serem medidas”. (Hernandez Sampieri, Collado e Lucia, 2006 p. 325). O mesmo foi selecionado tendo em conta o tipo de estudo, os objetivos previamente delineados e a população.

O questionário apresenta várias vantagens, pois permite o seu auto preenchimento por parte do respondente, permitindo-lhe uma maior reflexão, privacidade, visto que não é necessária a presença do investigador e o facto de poder ser respondido quando e onde o enfermeiro escolher, durante o tempo que achar necessário.

A construção deste questionário, teve por base os objetivos do estudo, a revisão bibliográfica realizada e com o intuito de recolher o máximo de informação, foi realizada uma entrevista a um perito de Serviço de Higiene, Segurança e Saúde no Trabalho e uma outra entrevista exploratória a vários colegas, que exercem funções num SU de outra instituição que não as do estudo. Para a realização da mesma, foi elaborado um guião (Apêndice I) que facilitou a orientação da mesma de forma que os temas previstos fossem abordados. Posteriormente foram sujeitas a transcrição e análise.

Após a construção do questionário, foi submetido a um pré-teste de forma a verificar a eficácia, a compreensão, a clareza, a objetividade e se permitia colher as informações pretendidas, assim como determinar o tempo de preenchimento. Permitiu, igualmente, realizar uma simulação inicial do tipo de tratamento de dados e eventuais resultados. O pré-

teste foi realizado em fevereiro de 2014 a vários enfermeiros que não fazem parte da amostra, mas que desempenham funções em Serviços de Urgência com características semelhantes aos do estudo. O tempo médio de preenchimento do questionário foi de 15 minutos.

De forma a colmatar as questões identificadas como problemáticas e/ou pouco claras do questionário, foram reformuladas e submetido à apreciação dos orientadores do estudo ficando construída a versão final (Apêndice II). O mesmo ficou constituído por 29 questões, sendo a maior parte questões fechadas de escolha múltipla e algumas questões de resposta aberta no qual o enfermeiro pode acrescentar algo que não esteja referido nas opções de resposta fechada. O questionário encontra-se dividido em três secções. A primeira secção é constituída por 14 questões que visam caracterizar sociodemográfica e socioprofissional os enfermeiros respondentes. A segunda é constituída por 5 questões que visam determinar se o enfermeiro tem conhecimento do circuito de notificação de acidente de trabalho, se sofreu algum acidente de trabalho e quantificação dos acidentes de trabalho e sua notificação. A terceira secção é constituída por 10 questões com o objetivo de caracterizar o(s) fatores(s) de risco envolvido(s), as causas e eventuais consequências do(s) acidentes de trabalho não notificado(s) e o(s) motivo(s) da sua não notificação.

O questionário, após a sua construção, foi feito com recurso ao Google Docs®. A opção de o colocar numa plataforma *online* teve como objetivo permitir ao informante responder a partir de qualquer local com acesso à Internet, através de uma hiperligação previamente facultada, permitiu aos respondentes se sentirem mais seguros relativamente ao anonimato das respostas e assim, expressarem livremente as opiniões que consideram mais pessoais (Fortin, 2009).

3.6 Procedimentos de colheita de dados

Ao pretendermos realizar um estudo de investigação, desde o seu início e atravessando as suas diferentes fases, deve ser assegurado o respeito pelos direitos de todos aqueles que estiveram envolvidos no mesmo, para que os princípios éticos sejam cumpridos, pelo que foi solicitada autorização do Conselho de Administração da ULS em estudo (Apêndice III), tendo sido aprovado favoravelmente pela respetiva Comissão de Ética (Apêndice IV).

Após autorização do estudo foi dado conhecimento e pedido colaboração ao Departamento de Urgência da ULS. Realizou-se uma entrevista aos enfermeiros Chefes dos SU explicando-se os objetivos do estudo e solicitando-se a sua colaboração na divulgação e preenchimento

do instrumento. Os enfermeiros chefes aceitaram colaborar e divulgar, junto das respetivas equipas, o estudo em questão, quer pessoalmente, quer por correio eletrónico, previamente enviado pelo investigador. Nesse correio eletrónico, estava descrito a identificação do investigador, os objetivos do estudo, bibliografia e legislação sobre os acidentes de trabalho. O mesmo, facultou a hiperligação ao questionário *online*. Este facto permitiu garantir a confidencialidade dos dados, pois os enfermeiros poderiam preencher a partir de casa ou outro local com acesso à internet. Os questionários não contêm local para identificação pessoal ou do local de trabalho. No conteúdo desse correio foi solicitado aos enfermeiros, o preenchimento do questionário e apenas o fariam se pretendessem colaborar com o estudo, assegurando que todas as respostas seriam anónimas e confidenciais, não acarretando qualquer prejuízo para o seu exercício profissional e realçando os benefícios para a saúde ocupacional, ajudando a garantir ambientes de trabalho seguros e saudáveis.

Como foi referido previamente, o esclarecimento do propósito do estudo foi realizado aos enfermeiros envolvidos e dado especial destaque, na garantia de participação no estudo se assim o desejasse e do anonimato dos dados colhidos.

3.7 Tratamento de dados

Os dados foram tratados com recurso a técnicas de estatísticas descritiva e inferenciais adequadas às variáveis.

Quanto à escala de medida, recorreu-se na estatística descritiva, nomeadamente, a distribuição de frequências e medidas de tendência central (média e mediana), não central (mínimo e máximo), de dispersão (desvio-padrão), e na estatística inferencial, recorreu-se especificamente ao teste de independência do Qui-quadrado (χ^2), teste exato de Fisher, nas variáveis nominais, e o teste t de student nas variáveis quantitativas.

O teste do χ^2 serve para testar se a frequência com que os elementos de uma amostra se repartem pelas classes de uma variável qualitativa é ou não aleatória e tem por base a análise da tabela de contingência que relaciona os dados (Maroco, 2014). Note-se que se usou os resultados do teste exato de Fisher quando as condições para a utilização do teste de χ^2 não se verificaram.

O teste t de student serve para testar se as médias de duas populações são ou não significativamente diferentes. Este teste requer que as variáveis dependentes apresentem distribuição normal e homogeneidade das variâncias (Maroco, 2014).

Para analisar a normalidade da distribuição, utilizou-se os testes de Kolmogorov-Smirnov para amostras superiores a 50 e o Shapiro-Wilk para amostras menores.

Em todas as análises inferenciais, considerou-se um nível de significância de 0,05.

Após a recolha dos dados, os mesmos foram a tratamento estatístico através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS ®), versão 22.0, para Windows.

CAPITULO IV – RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados conforme os objetivos e reportam-se aos 55 enfermeiros que responderam ao questionário.

Os resultados são apresentados com recurso a quadros. Da interpretação, é dada especial importância aos resultados que se mostram relevantes e fundamentais na análise.

4.1 Caracterização dos enfermeiros dos Serviços de Urgência da ULS

A caracterização dos enfermeiros reporta-se às características sociodemográficas e socioprofissionais dos 55 enfermeiros respondentes.

A amostra é constituída, maioritariamente, por enfermeiros do sexo feminino (70,9%). Por se verificar uma elevada dispersão dos enfermeiros relativamente à idade, procedeu-se à recodificação dessa variável e ao seu agrupamento por faixas etárias. A opção por estas faixas etária é para ser o mais semelhante possível aos dos estudos consultados durante a revisão bibliográfica. Assim, relativamente à idade, esta varia entre os 26 e os 55 anos, com uma média de $39,22 \pm 6,776$ anos, e moda e mediana de 39 anos. Considerando a distribuição por grupos etários, o mais representado é dos 31 aos 40 anos, com 45,5%, seguido dos 41 a 50 anos com 38,2%. Os com menos representação são os enfermeiros com idade inferior a 30 anos inclusive (10,9%) e os com mais de 51 anos (5,3%), conforme se pode verificar na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros conforme as características sociodemográficas (n=55)

Sexo		ni	%
Feminino		39	70,9
Masculino		16	29,1
Grupos etários			
≤ 30 anos		6	10,9
31 a 40 anos		25	45,5
41 a 50 anos		21	38,2
> 50 anos		3	5,5
Idade (estatística descritiva)			
Min-Máx		26-55 anos	
Média±DP		39,22±6,776 anos	
Moda		39 anos	
Mediana		39 anos	

Quanto às características socioprofissionais (tabela 2), no que diz respeito à formação académica mais elevada, a licenciatura é referida por 89,1% dos enfermeiros, sendo que os restantes (10,9%) referem ser detentor do grau de mestre. A formação pós-graduada é referida por 67,3% dos enfermeiros, sendo que 43,6% têm curso de especialização em enfermagem (quer isoladamente, quer em associação com pós-graduação) e 23,6% refere ter uma pós-graduação em enfermagem. Relativamente à categoria profissional, 96,4 % dos enfermeiros referem que pertencem à categoria de enfermeiro e 3,6% à categoria de enfermeiro principal.

Quanto ao vínculo com a Instituição, o vínculo que mais predomina é Contrato de Trabalho em Funções Publicas (CTFP) (65,5%), seguido do Contrato por Tempo Indeterminado (CIT) (20%).

Tabela 2 – Distribuição dos enfermeiros conforme as características socioprofissionais (n=55)

Formação Académica	ni	%
Licenciatura	49	89,1
Mestrado	6	10,9
Formação pós-graduada		
Sem formação pós-graduada	18	32,7
Pós-graduação em Enfermagem	13	23,6
Curso de especialidade em Enfermagem	16	29,1
Curso de especialidade e pós-graduação em Enfermagem	8	14,5
Categoria Profissional		
Enfermeiro	53	96,4
Enfermeiro Principal	2	3,6
Vínculo com a Instituição		
Contrato a Termo Certo	2	3,6
CTFP (Quadro)	36	65,5
Contrato Individual de Trabalho	6	10,9
Contrato por tempo Indeterminado	11	20,0

Relativamente ao horário de trabalho (tabela 3), os enfermeiros que trabalham 35 horas ou menos, são os mais representados (65,4%). Em relação ao regime de horário, o tipo de

horário rotativo é o que sobressai com 94,5%. Quanto à jornada média de trabalho por turno, a maioria (56,4%) refere ser mais de 8 horas (tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos enfermeiros conforme o horário de trabalho (n=55)

Horas de trabalho semanal	ni	%
35 horas ou menos	36	65,4
40 horas	19	34,5
Regime de horário		
Fixo	3	5,5
Rotativo	52	94,5
Jornada média de trabalho		
8 horas ou menos	24	43,6
Mais de 8 horas	31	56,4

No que diz respeito à experiência profissional dos enfermeiros (tabela 4), optou-se por recodificar a variável por grupos devido à diversidade no tempo de experiência profissional. Quer como enfermeiro, quer como enfermeiro no SU, o grupo que mais se evidencia é aquele que têm uma experiência profissional entre os 10 e 20 anos de exercício com 67,4% e 50,9% respetivamente, sendo de realçar que, 41,8% dos enfermeiros têm menos de 10 anos de experiência no SU

Tabela 4 – Distribuição dos enfermeiros conforme a experiência profissional (n=55)

Como enfermeiro	ni	%
Menos de 10 anos	9	16,3
10 a 20 anos	37	67,4
Mais de 21 anos	9	16,3
Como enfermeiro no SU		
Menos de 10 anos	23	41,8
10 a 20 anos	28	50,9
Mais de 21 anos	4	7,3

Relativamente à acumulação de funções em outro local (tabela 5), os enfermeiros referem que acumulam entre 4 e 35 horas por semana, com uma média de $17,63 \pm 11,556$ horas, mediana 16 horas e moda 35 horas. Considerando os que trabalham mais e menos de 18 horas semanais, constata-se que a distribuição é, aparentemente, homogénea (51,9% vs 48,1%).

Tabela 5 – Distribuição dos enfermeiros conforme a acumulação de funções (n=55)

Acumulação	ni	%
Sim	27	49,1
Não	28	50,9
Número de horas de acumulação		
18 horas ou menos	14	51,9
Mais de 18 horas	13	48,1
Acumulação (estatística descritiva)		
Min-Máx	4-35 horas	
Média±DP	17,63±11,556 horas	
Moda	35 horas	
Mediana	16 horas	

4.2 Prevalência dos acidentes de trabalho

Os dados referentes à prevalência dos acidentes de trabalho, referem-se aos acidentes de trabalho notificado e não notificados.

Relativamente à taxa de prevalência de acidentes de trabalho, constata-se que 30,9% dos enfermeiros referem que tiveram pelo menos um acidente (tabela 6).

Quando questionados acerca do conhecimento do circuito de notificação dos acidentes de trabalho, a maioria dos enfermeiros (89,1%), refere conhecer o circuito de notificação.

Tabela 6 – Distribuição dos enfermeiros conforme a prevalência dos AT (n=55)

Acidentes de trabalho no último ano	ni	%
Não	38	69,1
Sim	17	30,9

Dos 17 enfermeiros que referiram ter tido acidentes de trabalho no último ano, 47,1% não notificaram nenhum acidente, 17,6% notificaram alguns acidentes e os restantes notificaram todos os acidentes (tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição dos enfermeiros conforme a notificação dos AT (n=17)

Notificação dos acidentes de trabalho	ni	%
Notificou todos os AT	6	35,3
Notificou alguns AT	3	17,6
Não notificou todos os AT	8	47,1

Tendo em consideração o objetivo do estudo, incluímos nos acidentes não notificados, os enfermeiros que referiram ter notificado alguns acidentes. Assim, a taxa de prevalência dos acidentes de trabalho notificados foi de 10,9% e a taxa de prevalência dos acidentes não notificados foi de 20%.

Dos 17 enfermeiros que tiveram acidentes de trabalho, sensivelmente dois terços (64,7%), não os notificaram (tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição enfermeiros conforme a prevalência da notificação dos AT (n=17)

	ni	%
Notificaram	6	35,3
Não notificaram	11	64,7

Os 6 enfermeiros que referiram ter notificado todos os acidentes e os 3 enfermeiros que indicaram ter notificado apenas alguns acidentes, referem os motivos da notificação, sendo o mais evidente, a preocupação face às consequências (66,7%), seguido da impossibilidade de trabalhar, picadas de agulhas, a pressão dos colegas ou para ter assistência de saúde, com uma distribuição semelhante (11,1%), conforme se pode verificar na tabela 9.

Tabela 9 – Motivos da notificação dos AT (n=9)

Causas para notificação do AT	ni	%
Preocupação com as consequências	6	66,7
Pressão	1	11,1
Para ter assistência de saúde	1	11,1
Impossibilidade de trabalhar	1	11,1

Os 17 enfermeiros que referiram que tiveram acidentes de trabalho, reportaram 57 acidentes, não tendo sido notificados 46 acidentes, pelo que 80,7% dos mesmos foram não notificados. Em média, cada enfermeiro teve 3,35 acidentes de trabalho no seu último ano de exercício profissional. Dos acidentes de trabalho notificados, variaram entre 1 e 2, com uma média de $1,10 \pm 0,31$ acidentes e moda e mediana de 1. Por outro lado, os acidentes de trabalho não notificados variaram entre 1 e 10, com uma média $4,18 \pm 2,52$ e mediana 4 e moda 2 (tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição do número de AT (n=57)

	AT notificados (n=11)		AT não notificados (n=46)	
	n	%	n	%
1 AT	9	81,8	1	9,1
2 AT	1	18,2	3	27,3
4 AT	-	-	2	18,2
5 AT	-	-	3	27,3
6 AT	-	-	1	9,1
10 AT	-	-	1	9,1
Número de acidentes (estatística descritiva)				
Min-Máx	1-2		1-10	
Média±DP	$1,10 \pm 0,31$		$4,18 \pm 2,52$	
Moda	1		2	
Mediana	1		4	

4.3 Caraterísticas dos enfermeiros e acidentes de trabalho

Com vista a dar resposta aos objetivos, pretendeu-se comparar as caraterísticas sociodemográficas e socioprofissionais entre os enfermeiros que tiveram e não tiveram acidentes de trabalho.

Para este efeito, recorremos ao teste de independência de Qui Quadrado (χ^2), tendo-se optado pelo teste de Exato de Fisher quando os pressupostos para a utilização do teste de Pearson não estavam assegurados (número de células com menos de 5 indivíduos superior ao esperado).

Para o tempo de experiência profissional, como enfermeiro e como enfermeiro no SU e idade, analisou-se a normalidade de distribuição, através do teste de Shapiro-Wilk (porque as amostras são menores que 50 cada uma) observando ser normal. Na idade, nos que tiveram acidentes e no tempo de experiência no SU, não se observando normalidade de distribuição, também não se observou curtose ou assimetria extrema. Conforme refere Kline (2005), os valores de referência são 3 e 8 para Skewness e Kurtosis, observando-se valores menores que os referidos. Em todos os casos se observam homogeneidade de variâncias. Assim optou-se pela utilização do teste-t para amostras independentes (Apêndice V).

No que se refere ao tipo de vínculo, optamos por constituir dois grupos: um constituído pelos enfermeiros com contrato de trabalho por tempo indeterminado ou contrato em funções públicas e outro por contratos individuais de trabalho a termo certo.

De forma semelhante, a variável jornada de horário foi dicotomizada: menor e igual a 8 horas e mais de 8 horas, assim como a variável acumulação: menos ou igual de 18 horas e mais de 18 horas.

Não se observam diferenças nas caraterísticas sociodemográficos e socioprofissionais entre os enfermeiros que tiveram e não tiveram acidentes (tabela 11). De destacar o fato, de haver uma maior prevalência de acidentes de trabalho nos enfermeiros com um mestrado, quando comparado com os enfermeiros que possuem licenciatura.

Tabela 11 – Análise das diferenças quanto à ocorrência dos AT conforme as características sociodemográficas e socioprofissionais (n=55)

Variável	Análise de Diferenças		
	Valor de teste	gl	sig
Sexo	0,459	1	0,498
Idade	0,458	53	0,649 ^b
Formação Académica	-	-	0,066 ^a
Especialização em Enfermagem	0,696	1	0,558
Pós-Graduação	0,093	1	0,760
Categoria Profissional	-	-	1,000 ^a
Vínculo	0,153	1	0,696
Tempo de experiência Profissional	0,380	53	0,705 ^b
Tempo de experiência Profissional como enfermeiro do SU	-0,924	53	0,360 ^b
Regime de horário	-	-	1,000 ^a
Horas de trabalho semanal	0,391	1	0,532
Jornada de Trabalho	0,241	1	0,623
Acumulação	0,041	1	0,840
Conhecimento do circuito de Notificação	0,019	1	0,892

Nota: a – Teste de exato Fisher; b – Teste de t para amostras independentes.

Analizamos ainda as características dos enfermeiros face à notificação e não notificação dos acidentes e tendo em consideração o objetivo da investigação, incluímos no grupo de não notificação, os enfermeiros que não notificaram todos os acidentes e os que notificaram alguns e no grupo dos enfermeiros que notificaram, os enfermeiros que referiram ter notificado todos os acidentes. Nas variáveis que foram recodificadas, o agrupamento foi construído com o mesmo critério, seguido para a comparação entre os enfermeiros que referiram ter tido ou não ter tido acidentes.

Não se observam diferenças nas características sociodemográficas e socioprofissionais entre os enfermeiros que notificaram e não notificaram os acidentes (tabela 12) à exceção, da jornada média de trabalho. Neste caso, os dados revelam que, entre os que trabalham 8 horas ou menos, se observam mais enfermeiros que notificaram todos os acidentes e por sua vez, entre os que trabalham mais de 8 horas, observaram-se mais enfermeiros que não notificaram os acidentes (Apêndice VI).

Tabela 12 – Análise das diferenças quanto à notificação dos acidentes conforme as características sociodemográficas e socioprofissionais (n=17)

Variável	Análise de Diferenças		
	Valor de teste	gl	sig
Sexo	-	-	1,000 ^a
Idade	-0,656	15	0,522 ^b
Formação Acadêmica	-	-	1,000 ^a
Especialização em Enfermagem	-	-	1,000 ^a
Pós-Graduação	-	-	1,000 ^a
Vínculo	-	-	1,000 ^a
Tempo de experiência Profissional	-0,729	15	0,477 ^b
Tempo de experiência Profissional como enfermeiro de Urgência	-1,183	15	0,255 ^b
Regime de horário	-	-	0,353 ^a
Horas de trabalho semanal	-	-	0,304 ^a
<i>Jornada de trabalho</i>	-	-	0,035 ^a
Acumulação	-	-	1,000 ^a
Conhecimento do circuito de Notificação	-	-	0,515 ^a

Nota: a – Teste de exato Fisher; b – Teste de t para amostras independentes.

Relativamente ao último acidente de trabalho não notificado, a maioria ocorreu no turno da tarde (54,5%). Quer os acidentes que ocorreram no turno da manhã, quer no turno da tarde, 66,7%, foram a meio do turno e os restantes no final do turno. Quanto aos acidentes do turno da noite, ocorreu um no início do turno e outro no final (tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição dos enfermeiros conforme momento do turno em que ocorreu o último AT não notificado (n=11)

Momento do Turno	Início do Turno		Meio do Turno		Fim de Turno		Total	
Turno	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%
Manhã	-	-	2	66,7	1	33,3	3	100
Tarde	-	-	4	66,7	2	33,3	6	100
Noite	1	50	-	-	1	50	2	100

4.4 Fatores de risco dos acidentes de trabalho não notificados

Os 11 enfermeiros que referem ter tido acidentes e que os não notificaram, reportaram 46 acidentes. No que se refere aos fatores de risco envolvidos, os mecânicos foram os que apresentaram maior prevalência (81,6%), seguido dos psicossociais (63,6%) e dos biológicos (54,5%), apresentando os de natureza química e física, idêntica distribuição (tabela 14).

Tabela 14 – Distribuição dos enfermeiros com AT não notificados conforme o fator de risco (n=11)

Fator de risco	Sim		Não	
	ni	%	ni	%
Mecânico	9	81,7	2	18,3
Psicossocial	7	63,6	4	36,4
Biológico	6	54,5	5	45,5
Físico	3	27,3	8	72,7
Químico	3	27,3	8	72,7

4.5 Causas dos acidentes de trabalho não notificados

Das 44 causas possíveis assinaladas no questionário, que deram origem ao acidente de trabalho não notificado, cada enfermeiro poderia assinalar mais que uma causa.

Foram assinaladas pelos 11 enfermeiros respondentes, 168 causas que deram origem a um ou aos vários acidentes. De referir que, na opção de resposta aberta, os enfermeiros não assinalaram outras causas que causasse os acidentes.

Dos enfermeiros respondentes, dois identificaram 17 causas que originaram o acidente de trabalho não notificado, seguido de vários enfermeiros que identificaram cada um, 25 a 14 causas. Por fim, dois enfermeiros identificaram 2 causas dos acidentes de trabalho não notificado (tabela 15).

Tabela 15 – Distribuição dos enfermeiros pelo número de causas referidas para a ocorrência dos AT não notificados (n=11)

Nº de causas identificadas (n=168)	ni
25	1
21	1
20	1
19	1
17	2
16	1
15	1
14	1
2	2

Na tabela 16 apresentam-se os dados relativos às causas dos acidentes de trabalho não notificados. Para tal, estas foram categorizadas em fatores relacionados com o doente/família, com o serviço e sua organização e com o próprio enfermeiro.

Entre as causas relacionadas com a família/doente, a mais apontada pelos enfermeiros foi a agitação psicomotora do doente (72,7%), seguido da agressão verbal do mesmo ou dos familiares e múltiplas solicitações, quer por parte dos doentes, quer por parte dos familiares (63,6%), seguido da pressão dos doentes e familiares (54,5%). A menos indicada foi a agressão física dos familiares (9,1%). Excetuando as agressões físicas, todas as outras foram referidas por mais de metade os enfermeiros.

Tabela 16 – Causas do acidente não notificado relacionadas com o doente/família (n=11)

	ni	%
Agitação psicomotora do doente	8	72,7
Agressão verbal do doente	7	63,6
Agressão verbal dos familiares do doente	7	63,6
Múltiplas solicitações dos doentes	7	63,6
Múltiplas solicitações dos familiares	7	63,6
Pressão dos doentes	6	54,5
Pressão dos familiares dos doentes	6	54,5
Agressão física do doente	4	36,4
Agressão física dos familiares do doente	1	9,1

Entre as causas relacionadas com o serviço e sua organização, a mais referida foi a sobrecarga de trabalho (81,8%), seguido do número elevado de doentes por enfermeiro e elevado número de doentes (72,7%). É ainda referido por mais de metade dos enfermeiros (54,5%), as condições de trabalho e o mobiliário inadequado ao posto de trabalho. As causas menos referidas foram a inexistência de material adequado à eliminação do fator de risco e o trajeto desde a sua utilização até à sua eliminação (18,2%) e inexistência de material adequado e material obsoleto (9,1%), conforme se pode verificar na tabela 17.

Tabela 17 – Causas do acidente não notificado relacionadas com serviço e sua organização (n=11)

	ni	%
Sobrecarga de trabalho	9	81,8
Excesso de número de doentes/enfermeiro	8	72,7
Número elevado de doentes	8	72,7
Condições de trabalho	6	54,5
Tipo de mobiliário inadequado aos diferentes postos de trabalho	6	54,5
Sobrecarga horária	5	45,5
Desorganização do serviço	4	36,4
Duração do turno	4	36,4
Contentores de objetos cortantes e perfurantes a exceder o nível de segurança	3	27,3
Espaço físico inadequado	3	27,3
Organização do trabalho	3	27,3
Ruído	3	27,3
Trabalho por turnos	3	27,3
Falta de material no momento do acidente	2	18,2
Inexistência de material adequado à eliminação do fator de risco	2	18,2
Trajetos desde a utilização à sua eliminação longo	2	18,2
Inexistência de material adequado	1	9,1
Material obsoleto	1	9,1

Das causas relacionadas com o enfermeiro, a mais indicada foi a realização de várias tarefas em simultâneo (72,7%) e o stresse (54,5%), este último provocado pela carência de recursos (45,5%). Por sua vez, as menos referidas foram o incumprimento das medidas de precaução universais e a não utilização de equipamentos de proteção individual com 18,2% e a não

utilização de equipamentos de proteção individual e a utilização inadequada dos mesmos com 9,1% (tabela 18).

Tabela 18 – Causas do acidente não notificado relacionadas com o enfermeiro (n=11)

	ni	%
Realização de várias tarefas em simultâneo	8	72,7
Stresse	6	54,5
Stresse provocado pela carência de recursos	5	45,5
Cansaço físico	4	36,4
Cansaço Psicológico	3	27,3
Prestação de cuidados em situações de emergência	3	27,3
Falta de formação	2	18,2
Incumprimento das medidas de precaução universais	2	18,2
Não utilização de equipamentos de proteção individual	1	9,1
Utilização inadequada de equipamentos de proteção individual	1	9,1

Considerando o número de respostas em cada uma das dimensões, constata-se que é relativamente ao doente/família que são reportadas mais causas com uma média de $5,89 \pm 2,14$ e mediana de 7, seguido do serviço e sua organização com uma média de $4,0 \pm 2,28$ e mediana de 3 e finalmente, as causas relacionadas com os enfermeiros, com uma média de $3,5 \pm 2,27$ e mediana 3 (tabela 19).

Tabela 19 – Distribuição das respostas das causas dos AT conforme as dimensões

	Min-Max	Média±DP	Mediana
Doente/Família	1-8	$5,89 \pm 2,14$	7
Serviço e sua Organização	1-9	$4,0 \pm 2,28$	3
Enfermeiro	1-8	$3,5 \pm 2,27$	3

4.6 Consequências dos acidentes de trabalho não notificado

Dos 11 enfermeiros que relataram que terem tido um ou mais acidentes de trabalho que não notificaram, 5 não referem consequências e 6 referem ter sofrido consequências.

As consequências mais referidas foram as lombalgias (100%), seguido da dor osteoarticular e dorsalgia (66,7%), das alterações cutâneas, cervicalgias, ansiedade e stresse (50%). Consequências como o absentismo, equimoses/hematomas, feridas, picada e tosse irritativa foram indicadas por um enfermeiro. O enfermeiro que relatou absentismo refere que o mesmo foi de 3 dias (tabela 20).

Tabela 20 – Consequências dos acidentes de trabalho não notificados (n=6)

Consequências	Agente	ni	%
Lombalgias	Mecânica	6	100
Dor osteoarticular	Mecânica	4	66,7
Dorsalgia	Mecânica	4	66,7
Alterações cutâneas (eritemas, pruridos, dermatoses e infeções)	Química	3	50
Cervicalgias	Mecânica	3	50
Transtornos psicológicos: ansiedade	Psicossocial	3	50
Transtornos psicológicos: stresse	Psicossocial	3	50
Alergias	Química	2	33,3
Alterações oculares (infecção/conjuntivite/irritação)	Química	2	33,3
Entorses	Mecânica	2	33,3
Absentismo	-	1	16,7
Equimoses/hematomas	Mecânica	1	16,7
Feridas	Mecânica	1	16,7
Picada	Biológica	1	16,7

De acordo com a revisão da literatura, foram agrupadas as consequências dos acidentes de trabalho em função dos fatores de risco dado que existe uma relação entre os mesmos e as consequências dos acidentes. Os dados mostram que foram os acidentes de trabalho relacionados com os fatores de risco de natureza mecânica que foram reportados um maior número de consequências, com uma média de $3 \pm 1,82$ e mediana de 3. As consequências relacionadas com o fator de risco de natureza química, apresentam uma média de $2,3 \pm 0,577$ e mediana de 2, seguido das consequências relacionadas com o fator de risco de natureza psicossocial, com uma média e mediana de 3 e finalmente, as consequências relacionadas com os fatores de risco de natureza biológica, com uma média e mediana de 1 (tabela 21).

Tabela 21 – Distribuição das respostas das consequências dos AT conforme os fatores de risco

Fatores de risco	Min-Max	Média±DP	Mediana
Mecânica	1-6	3±1,82	3
Química	2-3	2,3±0,577	2
Psicossocial	3	3	3
Biológica	1	1	1

4.7 Motivos da não notificação do acidente de trabalho

Para a análise dos motivos da não notificação, foram atribuídos scores aos atributos dos motivos (variando de 1 – discordo totalmente a 4 – concordo totalmente) sendo a análise realizada segundo os scores.

Os scores variam entre 12 e 34, sendo as mais referidas a burocracia em excesso e o facto de os enfermeiros considerarem que não adviria qualquer consequência do acidente (34 pontos). Os scores apresentados, de seguida, referem-se ao profissional não acreditar no encaminhamento das situações, na eficácia da instituição, bem como ter desvalorizado o acidente e ter tomado atitudes para minimizar/suprimir o risco (31 pontos). Os scores com 30 pontos referem-se à percepção do profissional, de que só conta para estatísticas e da percepção que a Instituição não toma medidas e da percepção do enfermeiro que é um procedimento inútil (29 pontos).

A prioridade ter sido o doente em detrimento do próprio profissional, teve um score de 28 pontos, seguido da falta de tempo do enfermeiro para participar, por sobrecarga de trabalho, com 27 pontos. O motivo em que o profissional não considerou o acidente como uma ameaça física/psicológica, teve um score de 25 pontos, seguido da percepção de risco reduzido baseado no aspeto físico do doente e na negação do risco após o acidente, ambos com 23 pontos.

Os motivos em que o enfermeiro teve responsabilidade pessoal pelo acidente, teve uma percepção de risco reduzido, baseado no conhecimento dos comportamentos do doente e na percepção de risco reduzido com base no diagnóstico do doente, bem como em situações de emergência, o profissional negligenciar a sua proteção, tiveram um score de 20 pontos.

Por outro lado, os motivos com os quais os enfermeiros menos concordaram foram os motivos em que o profissional não participou para não prejudicar o colega (13 pontos), o

receio da imagem profissional ficar em causa e manifestar medo do resultado das serologias (tabela 22).

Tabela 22 – Motivos de Não notificação do Acidente de Trabalho (n=11)

Na sua opinião, a não notificação do(s) AT que teve, aconteceu porque:	ni	Pontos
Há uma burocracia excessiva na participação do acidente	11	34,0
Achei que não adviria qualquer consequência do acidente	11	34,0
Não acreditei no encaminhamento das situações	11	31,0
Não acreditei na eficácia da Instituição	11	31,0
Desvalorizei o acidente	11	31,0
Tomei atitudes para minimizar/suprimir o risco	11	31,0
Tive a percepção que só conta para estatísticas	11	30,0
Tive a percepção que a instituição não toma medidas	11	30,0
Tive a percepção que é um procedimento inútil	11	29,0
A minha prioridade foi o doente em detrimento de eu próprio	11	28,0
Tive falta de tempo para participar por sobrecarga de trabalho	11	27,0
Não considerei como uma ameaça física/psicológica	11	25,0
Tive a percepção de risco reduzido baseado no aspeto físico do doente	11	23,0
Neguei o risco após o acidente	11	23,0
Tive responsabilidade pessoal pelo acidente	11	20,0
Tive percepção de risco reduzido baseado no conhecimento dos comportamentos do doente	11	20,0
Tive a percepção de risco reduzido baseado no diagnóstico do doente	11	20,0
Em situações de emergência, negligenciei a minha proteção	11	20,0
Tive falta de formação	11	19,0
Não adotei uma postura corporal correta	11	19,0
Fui influenciado pela idade do utente	11	19,0
Desconhecia a necessidade da notificação do acidente	11	19,0
Não sei o que podia ser considerado como acidente de trabalho	11	19,0
Desconheço os procedimentos associados à participação do acidente	11	18,0
Tive receio de perda salarial (por absentismo)	11	17,0
Tive receio de ser transferido de serviço	11	15,0
Tive receio de repressões	11	15,0
Tive receio de influenciar na renovação do contrato	11	15,0
Tive receio de ficar prejudicado na avaliação	11	15,0
Tive medo de ser demitido	11	14,0
Receio da minha imagem profissional ficar em causa	11	13,0
Não participei para não prejudicar o outro profissional, pois foi ele o responsável	11	13,0
Tive Medo do resultado das serologias	11	12,0

O objetivo geral deste trabalho, tal como já foi referido, foi analisar a prevalência de acidentes de trabalho não notificados pelos enfermeiros dos SU, duma ULS do norte do país.

Após a apresentação dos dados, torna-se imperioso discutir os resultados, tendo em conta a revisão da literatura donde sobressaem os autores de referência, em relação à problemática e os estudos empíricos sobre o assunto.

Pretende-se com este capítulo, analisar os aspetos do estudo que se consideram ser mais pertinentes, indo de encontro aos objetivos estabelecidos.

Organizamos a discussão de acordo com a apresentação e análise que fizemos dos dados.

- Caraterísticas sociodemográficas e socioprofissionais dos enfermeiros

Tal como já foi referido, dos 70 enfermeiros existentes nas três unidades dos SU da ULS em estudo, responderam ao questionário 55, o que corresponde a 78,6% do total. Esta *taxa de retorno* poderá estar relacionada com a existência de colegas em período de férias e ausência por doença. Por outro lado, alguns profissionais expressaram falta de motivação para a participação em estudos de investigação pelas opiniões expressas em estudos anteriores, não conseguirem identificar a mudança e simultaneamente, a falta de tempo para o preenchimento de questionários no local de trabalho, alegando sobrecarga de trabalho, falta de disponibilidade, elevada afluência de doentes e indisponibilidade de o fazer, em outro momento e local.

Relativamente às *caraterísticas sociodemográficas e socioprofissionais*, verifica-se que, a grande maioria são do sexo feminino, 70,9%, dado expetável, de cariz histórico que enfermagem era constituída essencialmente por mulheres, a quem cabia a responsabilidade do *cuidar* ao longo do ciclo vital (Carapinheiro e Lopes, 1997, Rogers, 1997 e Martins, Silva e Correia, 2012). Igualmente, o ao relatório de dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2014) que corrobora que o sexo feminino é mais predominante relativamente ao género.

Os enfermeiros têm *idades* compreendidas entre os 26 e os 55 anos, sendo o grupo predominante, os que têm idades compreendidas entre os 31 e 40 anos, com 45,5% do total, seguido dos profissionais com idades compreendidas entre os 40 e 50 anos de idade, que representam 38,2%, dados semelhantes aos encontrados por Faria (2008), Silva (2008) e ao relatório de dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

No que respeita à *formação académica*, todos os enfermeiros possuem licenciatura. Os dados revelam ainda que, 10,9% da população possui um mestrado e 67,3% referem possuir outra formação profissional sendo que a especialização a que mais se destaca (56,4%) em consonância com os estudos de Faria (2008) e Martins, Silva e Correia (2012).

No que se refere à *categoria profissional*, predominam os com a categoria de enfermeiro (96,4%). Esta realidade, prende-se com o congelamento das progressões na carreira em agosto de 2005 e da alteração da carreira de enfermagem de acordo com o art.º 7 do Decreto-Lei 47/2009 de 22 de setembro, em que são contempladas somente duas categorias, findando as categorias de enfermeiro graduado, enfermeiro especialista, enfermeiro chefe e enfermeiro supervisor.

Relativamente ao *tipo de vínculo* dos enfermeiros, os dados obtidos mostram que a maior parte, 65,5%, possui CTFP. Isso pode ser explicado, pelo facto de, se tratar de uma instituição pública que, foi transformada numa EPE. A Lei n. 12 – A/2008 de 27 de fevereiro veio criar novos regimes, de vinculação, de carreiras e de remunerações, aos trabalhadores que exercem funções públicas, o que causa um decréscimo do número de enfermeiros que estão no quadro e o aumento do número de enfermeiros com outro tipo de contratos (termo certo e por tempo indeterminado), em consonância com o estudo de Faria (2008) e Martins, Silva e Correia (2012).

Quanto ao *regime de horário* praticado, verificou-se que 94,5% dos enfermeiros, trabalham por turnos, pois o trabalho a nível hospitalar é essencialmente assegurado pelos mesmos, enquanto o horário fixo é essencialmente realizado pelas chefias e por alguns elementos em situações particulares, em consonância com os estudos de Faria (2008) e Silva (2008).

Sobre a *jornada média de trabalho*, os dados obtidos mostram que 65,4% dos enfermeiros trabalham em média por semana, 35 horas e, 56,4% em *jornada por turno* superior a 8 horas (turnos de 12 horas) por opção das três equipas de enfermagem, indo de encontro a Silva (2008). Este autor também refere que, o horário com maior expressão no serviço estudado era o de 35 horas, sendo que, os horários com 40 horas semanais, somente os contratados o faziam obrigatoriamente e, em turnos com duração superior a 8 horas, este também por opção da equipa.

Em relação à *jornada de trabalho semanal*, atualmente por imposição legal (Decreto-Lei 68/2013 de 29 de agosto, artigo n.º 126), quem tem CTFP, passou para o regime das 40 horas

semanais e quem tem outro tipo de contrato prévio a esse Decreto-Lei, mantem as 35 horas, de acordo com o mesmo.

No que se refere à *acumulação de funções* noutra instituição, 49,1% dos enfermeiros acumulam. Em média, esses profissionais acumulam 17 horas por semana, as quais acrescidas ao horário de trabalho hospitalar (35 ou 40 horas), trabalham entre 50 a 60 horas por semana. A este respeito Robazzi e Marziali (1999) refere ainda que, este grupo profissional, recebe baixos ordenados face às responsabilidades, funções e características inerentes à sua profissão, o que os leva a trabalhar um número de horas acima do aconselhável, quer na instituição onde exercem habitualmente as suas funções, quer noutros locais de trabalho, ultrapassando as 35 horas semanais recomendadas, a qual “(...) se traduz num desgaste físico e mental, potencializando o stresse e a desatenção tornando-os mais suscetíveis aos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais” (Robazzi e Marziali 1999 p. 332).

Nos estudos consultados mais recentes, não foram encontradas referências à acumulação em outro local e sua associação com o um número de acidentes. Segundo Haddad, citado por Silva (2008), as dificuldades socioeconómicas enfrentadas por este grupo profissional, ao receberem um salário baixo, procuram acumular em outro local para sustentar sua família e ter uma vida *digna*. Também Faria (2008) refere, no seu estudo, que um dos motivos principais dos enfermeiros acumularem, era o fator económico (92,8%) e Silva (2008, p. 110) acrescenta “Há que se convir que uma remuneração baixa concorre para uma baixa qualidade de vida no trabalho além de aumentar os riscos de acidentes de trabalhos e stresse”.

Sobre o *grau de conhecimento* por parte dos enfermeiros sobre o *circuito de notificação*, 89,1% refere ter conhecimento do mesmo. Esse dado é expetável, tendo em conta que o procedimento de atuação e notificação de acidente de trabalho está descrito e acessível a qualquer trabalhador, desde que o mesmo *procure* a informação no sistema informático, o qual se encontra disponível a qualquer profissional da ULS.

- Prevalência dos acidentes de trabalho e respetiva notificação

Dos 55 enfermeiros que participaram no estudo, 30,9% referem terem tido pelo menos um acidente de trabalho, no decurso do seu último ano de exercício de funções no SU em consonância com o estudo de Marziale (2003), a qual identifica uma percentagem semelhante. Por sua vez, Napoleão et al. (2000) referem que a percentagem de enfermeiros

com acidentes de trabalho foi de 80,4%. Nishide, Benatti e Alexandre (2004) refere que taxa de prevalência de acidentes de trabalho numa Unidade de Cuidados Intensivos foi de 43%. Murofuse, Marziale e Gemelli (2005), no estudo sobre acidentes de trabalho, com material corto-perfurante, referem que a percentagem de enfermeiros com acidentes de trabalho foi entre os 71% em 2003 e 80% em 2004 respetivamente. Ferreira (2005), no seu estudo, identifica que a percentagem de acidentes com enfermeiros de 3 serviços, num hospital da região centro foi de 52%. Faria (2008), por sua vez, já apresenta uma incidência inferior de enfermeiros com acidentes no SU, 23,1% da população e Silva (2008) refere que a percentagem de acidentes de trabalho, no serviço onde foi realizado o estudo, foi de 72%. O Relatório de Acidentes de Trabalho do Ministério da Saúde de 2007 (2008) refere que é no grupo profissional da enfermagem que há uma maior ocorrência de acidentes de trabalho (39,3%). Martins, Silva e Correia (2012), identifica igualmente no seu estudo, como sendo o grupo profissional, com perto de metade (48,1%) da população, com ocorrência de mais acidentes de trabalho. Cavaleiro et al. (2012) refere que a classe profissional onde ocorrem mais acidentes de trabalho é a dos enfermeiros (45,7%).

Estes estudos corroboram, o facto de que, este grupo profissional é um grupo de risco. A OIT (1977) reconheceu, já na década de 70, que a enfermagem era uma das profissões com um risco acrescido, orientando sobre a necessidade de serem implementadas medidas de proteção e vigilância nos locais de trabalho.

Importa referir que, as taxas de prevalência apresentadas, apesar de dispersas, reportam-se a estudos que foram realizados em diferentes contextos laborais e em diferentes países. Porém e independentemente do contexto e país, o facto é que a há uma prevalência significativa de acidentes neste grupo profissional, o qual pode ser justificado pela atividade destes profissionais ser de elevada complexidade, stressante, com alto número de procedimentos/técnicas, para além de ser o grupo profissional, que mais tempo está ao lado do doente/família, ao longo das 24 horas por dia.

Aos SU acresce ainda, o princípio da imprevisibilidade, associado a diversos fatores. Entre eles, destacam-se um elevado número de doentes que recorrem a estes serviços, e que por diversas vezes, com médias de atendimentos de doentes por dia superiores às contratualizadas, doentes com as mais diversas patologias, comorbilidades e diferentes graus de gravidade, ao fator stresse relacionado com os diversos tempos de espera (para triagem de Manchester, atendimento por parte do médico, administração e/ou realização de alguma atitude terapêutica, pedido de informações, entre outras), com redução do rácio de

enfermagem por motivo de transferência inter-hospitalar com necessidade de acompanhamento de uma equipa diferenciada, no caso das SUB e SUMC ou ativação do enfermeiro alocado à ambulância SIV, no caso de ser uma SUB com o mesmo meio integrado, sobrecarregando os colegas, pois têm uma maior número de doentes/família para vigiarem e prestarem cuidados necessários.

Os enfermeiros, para além do seu primordial objetivo, o *cuidar* do doente/família, têm que assegurar outras áreas/tarefas, tais como gestão do serviço, na ausência da chefia, supervisão de alunos e outros profissionais, colocando este profissional, sob uma grande variedade de tarefas, que se espera que se concretizem num curto espaço de tempo, senão mesmo, em simultâneo.

Relativamente à não notificação dos acidentes de trabalho, os dados obtidos permitiram constatar que, dos 17 enfermeiros que referem ter tido pelo menos um acidente de trabalho, 64,7% não notificaram todos os acidentes. Quando comparado com outros estudos, Napoleão et al. (2000) aponta que a taxa de não notificação entre os enfermeiros foi de 91,9%. Marziale (2003) apresenta uma taxa mais reduzida, com 37,55% de não notificação. Nishide, Benatti e Alexandre (2004) referem que 83% dos enfermeiros que tiveram acidentes, não os notificaram. Gonçalves (2007) refere uma taxa de 85,3% de não notificação, embora seja relativa a uma equipa multidisciplinar sendo na equipa de enfermagem a mais reduzida (7,7%). Faria (2008), sobre os acidentes de trabalho não participados, refere no seu estudo, que 14,9% dos enfermeiros do SU, com acidentes de trabalho, não os participaram e Silva (2008) relata que 28% dos profissionais não notificaram os acidentes sofridos, referindo-a como sendo uma percentagem expressiva.

É de destacar o facto de, alguns enfermeiros, neste estudo, terem notificado alguns acidentes, deixando outros por notificar, sendo as causas apontadas por estes últimos relacionadas com a preocupação com as consequências, a impossibilidade de trabalhar, a pressão dos colegas, à semelhança dos motivos que apresentaram os enfermeiros que referem ter notificado todos os acidentes. Marziale (2003) deparou-se com a mesma situação, em que os mesmos profissionais tinham atitudes diferentes, quanto à notificação do acidente, notificando alguns e deixando outros por notificar. Esta situação não foi referenciada em outros estudos.

Quando analisados os motivos da notificação dos acidentes de trabalho, (preocupação com as consequências, por pressão, para ter assistência de saúde e impossibilidade de trabalhar), estes vão de encontro ao que refere o Departamento de Saúde, Higiene e Segurança no Local

de Trabalho da Confederação Geral Dos Trabalhadores Portugueses – Intersindical Nacional (CGTP-IN, 2009), em que os acidentes de trabalho que, eventualmente, poderiam implicar absentismo e outras consequências mais graves é que eram notificados. Por outro lado, Gonçalves (2007) refere que os profissionais que notificaram os acidentes apresentaram como motivos, a rotina do serviço, uma obrigatoriedade jurídica e que o doente apresente resultados de serologia positiva.

Relativamente ao número de acidentes, foram relatados pelos enfermeiros 57 acidentes de trabalho, sendo que 80,7% acidentes ficaram por notificar, à semelhança de outros estudos como os de Napoleão et al. (2000), Marziale (2003), Gonçalves (2007), Faria (2008) e Facchim e Silva (2010).

Quanto ao número de acidentes por profissional e à semelhança dos estudos de Faria (2008) e Facchim e Silva (2010), foram entre um a dois acidentes de trabalho não notificado que têm uma maior distribuição de enfermeiros. No entanto, apesar de uma baixa distribuição, há enfermeiros em que a incidência do número de acidentes foi superior a 5 acidentes em consonância com os estudos anteriores, pelo que teria sido importante analisar este grupo de profissionais, apesar de serem em número reduzido, para determinar as causas que motivaram de um maior índice de acidentes nestes profissionais.

- Caraterísticas dos enfermeiros e acidentes de trabalho

Relativamente à ocorrência de acidentes segundo o *sexo*, verifica-se que, a maioria das mulheres e dos homens, refere não ter sofrido acidentes de trabalho no último ano. Quanto à ocorrência de acidentes, prevalecem os acidentes nas mulheres em relação aos homens (64,7% e 35,3% respetivamente), indo de encontro à literatura e aos estudos (Relatório de Acidentes de Trabalho no Ministério da Saúde, 2008; Murofuse, Marziale e Gemelli, 2005, Arrabaço 2008, Faria 2008, e Martins, Silva e Correia, 2012). Martins (1996) faz alusão a que existem fatores causais que predispõem os enfermeiros aos riscos e acidentes, tais como a idade, sexo, estado de saúde, constituição física, alimentação, formação e motivação.

Da análise relativa à notificação de acidentes, os dados indicam que a maioria dos homens e das mulheres não notificaram os acidentes. As mulheres têm uma maior percentagem de não notificação (63,6%) em comparação aos homens (36,4%), pelo que, como já foi referido anteriormente, o contingente dos profissionais do sexo feminino, é maior que do sexo masculino. No entanto, há um estudo, Gonçalves (2007), que refere que, apesar das mulheres

apresentarem uma maior taxa de ocorrência, não significa que as mesmas tenham uma maior propensão ao mesmo, pois ainda hoje, o número de profissionais do sexo feminino, em contexto hospitalar, é superior ao do sexo masculino. A mesma autora refere que, o índice de incidência de acidentes de trabalho, demonstra que os homens têm uma maior probabilidade de se acidentarem do que as mulheres.

Em relação à análise da ocorrência de acidentes em função da *formação académica*, os dados apontam para uma maior proporção de acidentes entre os mestres (66,7%) do que entre os licenciados (26,5%), apesar de não se ter verificado uma diferença significativamente estatística entre os acidentes e formação académica, à semelhança do que apresenta o Relatório de Acidentes de Trabalho no Ministério da Saúde de 2007 (2008), que menciona que os profissionais com habilitações de nível superior são os mais acidentados. Também Martins, Silva e Correia (2012) encontraram uma diferença significativa na proporção de acidentes em função das habilitações, referindo que, aqueles que têm mais habilitações são os que têm mais acidentes. Porém, estes dados, são divergentes dos estudos de Arrabaço (2008) e Faria (2008) que identificam que, os que têm habilitações inferiores como sendo aqueles com maior incidência de acidentes de trabalho.

Relativamente à notificação dos acidentes constata-se que, a maioria dos licenciados e dos mestres não os notificaram, sendo que, os mestres têm uma maior percentagem de não notificação em relação aos licenciados. No entanto, não se verificou uma diferença significativamente estatística entre a notificação e a formação académica, em concordância com Faria (2008).

Em relação à *outra formação profissional* em enfermagem, os dados obtidos revelam maior proporção de acidentes não notificados, quer entre os enfermeiros com especialização em enfermagem, quer entre aqueles que não têm essa formação. Tendo em conta outra formação profissional em enfermagem, a análise efetuada indica que, a maioria dos que não têm outra formação profissional, 66,7% não notificaram os acidentes. Relativamente aos que fizeram especialização em enfermagem, a distribuição é idêntica entre aqueles que notificaram e não notificaram. Em relação aos enfermeiros com pós-graduação, a maioria não notificou os acidentes que teve. Dos enfermeiros que têm um curso de especialidade em enfermagem e uma pós-graduação, todos referem que não notificaram os acidentes que sofreram.

Tendo em conta o *vínculo com a Instituição*, verifica-se que, os enfermeiros com contrato a termo e sem termo, a maioria refere não terem sofrido acidentes. No entanto, entre aqueles

que referem ter sofrido, os enfermeiros com um contrato sem termo, são os que tiveram maior ocorrência (88,2%), à semelhança do Relatório dos Acidentes de Trabalho do Ministério da Saúde (Portugal-Administração Central do Sistema de Saúde, 2008), Faria (2008) e Martins, Silva e Correia (2012) diz que, é nos que têm um vínculo sem termo que existe maior percentagem de acidentes. Em relação à não notificação, prevalecem aqueles com um vínculo sem termo com 90,9%. Para Mauro et al., o tipo de vínculo define as condições de trabalho, e Jacques (2002) citando Dejours, refere que as condições de trabalho podem refletir-se na saúde do trabalhador, causando-lhe sofrimento e desgaste e por isso, mais vulnerável ao acidente.

Quando à *idade*, os dados revelam que a maioria não teve acidentes. Quanto à ocorrência de acidentes, é no grupo dos enfermeiros com idades compreendidas entre os 31 e 40 anos que há uma maior incidência, seguido dos que têm idades compreendidas entre os 41 e os 50 anos. Por fim, nos mais de 51 anos, apenas um caso foi relatado de ter sofrido acidente em consonância com o Relatório de Acidentes de trabalho do Ministério da Saúde (2008), em relação a uma maior incidência naquelas faixas etárias. Em comparação com o estudo de Ferreira (2003), pode-se deduzir que os resultados obtidos podem estar associados ao excesso de confiança (superior a 10 anos de experiência profissional) no exercício da profissão, favorecendo a ocorrência de acidentes de serviço. Por outro lado, contraria os dados do estudo de Faria (2008), que refere que é naqueles com idades mais jovens que há uma maior incidência de acidentes de trabalho, fazendo alusão à in experiência do profissional como motivo para a ocorrência do acidente.

No que respeita à notificação dos acidentes, os enfermeiros com idades compreendidas entre os 31 e 40 anos, foram os que mais notificaram e não notificaram os acidentes, o qual contraria o estudo de Facchim e Silva (2010) que refere que, foi naqueles com idades superior a 40 anos que tiveram maior incidência de acidentes não notificados. A mesma autora refere ainda que, a in experiência do profissional era inicialmente apontada como um fator de risco para a ocorrência dos acidentes. Contudo, associa outros fatores à origem do mesmo, como por exemplo, o excesso do número de horas por semana e o trabalho por turnos.

Em relação ao *tempo de experiência profissional como enfermeiro* e ao *tempo de experiência como enfermeiro no SU*, após recodificação das variáveis por grupos, a análise revela que é nos profissionais com uma experiência entre os 10 e 20 anos que ocorreram mais acidentes, indo de encontro ao estudo de Cavaleiro et al. (2012) que identifica igualmente esse grupo,

como sendo o de maior prevalência de acidentes. No entanto, são os que têm tempos de experiência inferiores a 10 anos, como sendo os que apresentam menor ocorrência de acidentes quando comparado com o grupo com tempos de experiência entre 10 a 20 anos. Quanto à notificação dos acidentes, os enfermeiros com tempos de experiência compreendidos entre os 10 e 20 anos, foram os que tiveram uma maior percentagem de não notificação. As análises estatísticas efetuadas indicam, que não há diferenças significativas entre os dois grupos em função da idade, tempo de experiência profissional e tempo de experiência no SU. A este respeito, Cavaleiro et al. (2012) referem que uma experiência profissional longa poderá ser indiciadora das dificuldades do profissional cumprir medidas de precauções universais, pelo facto da sua formação básica já não se encontrar atualizada e que mudanças de comportamento não ocorrem facilmente.

Quanto à ocorrência dos acidentes de trabalho, face à *jornada média de trabalho*, os dados indicam que a maioria dos que trabalham mais de 8 horas (turnos de 12 horas) e 8 horas ou menos, não sofreu acidentes de trabalho no último ano. No entanto, os dados revelam que, aqueles que tiveram acidentes e trabalham em turnos com mais de 8 horas (turnos de 12 horas) foram os que tiveram mais acidentes (58,8%), em comparação com aqueles que trabalham 8 horas ou menos. Estes dados indicam que, quanto maior é o número de horas por turno, maior é o número de enfermeiros com acidentes o que é corroborado por Difrieri (1988) que relaciona turnos com mais de nove horas de trabalho por dia, com um aumento do número de acidentes. Silva (2008) citando Makowiec-Dabrowska et al. sobre os turnos de 12 horas, refere que nesses turnos existe um aumento do volume de trabalho, da fadiga e queda no desempenho, mesmo quando favorece melhor ajuste de folgas. Esta autora, também refere outros autores que mencionam, que os turnos de 12 horas não contribuíram para um aumento do número de acidentes, realçando que foram realizados outros contextos de trabalho, não os identificando. Dwyer e Areosa (2010) referem que, existe uma relação direta entre o aumento de horas trabalhadas e o aumento do número de acidentes de trabalho.

No que respeita à notificação, há uma diferença significativa estatística, porque os dados revelam que nos que trabalham 8 horas ou menos se observam mais enfermeiros a notificaram todos os acidentes (83,3%) e por sua vez, entre os que trabalham mais de 8 horas (12 horas), observaram-se mais enfermeiros que não notificaram os acidentes (81,8%) não tendo sido encontrada a mesma situação, em outros estudos referentes à não notificação. Questiona-se se, estes horários vão de encontro às Leis e Normas de realização de horários e se está de acordo com a Diretiva Europeia sobre a organização do trabalho por turnos, da

qual Portugal faz parte, onde estão descritos as indicações sobre a organização do tempo de trabalho, dos períodos de descanso diário, das pausas, dos períodos de descanso semanal, das férias anuais e de certos aspetos do trabalho noturno e do trabalho por turnos,

Relativamente à ocorrência de acidentes de trabalho nos enfermeiros que *acumulam*, os dados mostram uma distribuição semelhante entre os que tiveram e não tiveram acidentes à semelhança do estudo de Faria (2008). No que respeita à notificação dos acidentes, os que não acumulam têm uma maior percentagem de não notificação (63,6%) quando comparados com aqueles que acumulam, sendo semelhante ao que refere Marziale (2003). Esta autora acresce ainda que, face aos salários baixos, é habitual depararmo-nos com enfermeiros que acumulam em outro local o que aumenta sua exposição aos riscos ocupacionais e a sobrecarga de trabalho. No estudo de Faria (2008) os resultados foram semelhantes. Silva (2008) refere igualmente a questão do *Duplo emprego* estar relacionado a um incremento do risco do profissional sofrer um acidente. No entanto, a análise inferencial dos dados mostra que não há diferenças.

Sobre a ocorrência de acidentes pelo *regime de turnos*, é nos profissionais a trabalhar por turnos rotativos que há uma maior prevalência de acidentes, o que vai de encontro a Sousa et al. (2005), Relatório dos acidentes de trabalho do Ministério da Saúde (Portugal-Administração Central do Sistema de Saúde, 2008) e Cavaleiro et al. (2012) que referem que os profissionais de saúde que trabalham por turnos e trabalho noturno, como sendo aqueles com maior propensão para a ocorrência de acidentes. Em relação à notificação, os dados mostram que aqueles que trabalham em regime rotativo, são os que mais não notificaram os acidentes à semelhança do estudo de Faria (2008).

Quanto à ocorrência de acidentes, quando analisado o *conhecimento do circuito de notificação*, a maioria dos que tiveram acidentes de trabalho (88,2%), refere conhecer o mesmo, à semelhança do estudo de Faria (2008), mas contrariando o que Gonçalves (2007) refere. Este autor menciona que os acidentados parecem desconhecer o circuito de notificação e a necessidade/obrigatoriedade de notificação, (estando este previsto na lei Portuguesa: Artigo 8.º do Dec. Lei n.º 503/99). Quando analisada a notificação dos que tiveram acidentes, os dados revelam que, são os que referem conhecer o circuito, que têm uma maior incidência de não notificação dos acidentes de trabalho contrariando assim, o referido estudo.

Relativamente ao *último acidente de trabalho*, os dados mostram que ocorreu mais nos turnos da *Tarde* e da *Manhã* e a meio do mesmo. Os estudos consultados referenciam estes turnos e momentos dos mesmos como correspondendo à maior incidência de acidentes de trabalho, podendo ser explicado pelo ritmo de trabalho ser mais intenso, no período da *Manhã* e da *Tarde*. Estes turnos são, geralmente os que têm um maior número de profissionais a trabalhar e com registo de uma maior afluência de doentes aos SU. Assim, os enfermeiros, nestes turnos, para além de atenderem um maior número de doentes/famílias, executam um maior número de procedimentos e técnicas, quando comparado, por exemplo com o turno da *Noite*. Por outro lado, Martins, Silva e Correia (2012) justificam esse facto como podendo estar relacionado, a alguma inadequação à atividade laboral e, também, à quantidade e ritmo de trabalho mais alto no início de cada turno, o que pode ter a ver com a diferente organização do trabalho nas instituições hospitalares.

Cavaleiro et al. (2012), diz por sua vez, que é nas primeiras horas de cada turno, o nosso organismo ainda se está a adaptar à atividade laboral e nas últimas horas o funcionário já se encontrar cansado.

- Fatores de risco envolvidos no acidente de trabalho não notificados

Quanto aos *fatores de risco* (físico, químico, mecânico, psicossocial e biológico) envolvidos nos acidentes de trabalho não notificados, os de origem mecânica foram os que tiveram maior expressividade com 81,6% das respostas, seguido dos psicossociais (63,6%) e dos biológicos (54,5%) e, por fim, os físicos e químicos com uma distribuição semelhante (27,3%), indo de encontro aos resultados apresentados no estudo de Faria (2008), quando refere que são os de origem mecânica que têm uma maior expressão nos acidentes.

Atualmente, os SU, acolhem doentes com elevado grau de dependência, em idades *avanzadas*, dada a área de influência da ULS abranger conselhos em que a população têm uma média de idades superiores à média nacional, e cabe ao enfermeiro o papel de *cuidar* e implementar medidas, procedimentos e atitudes dentro da sua competência profissional, no sentido de suprir as necessidades humanas básicas comprometidas. Estes dados podem estar associados com o facto de grande parte dos procedimentos implicarem esforço físico, por vezes repetido e durante longos períodos, num espaço inadequado (reanimação cardiorrespiratória e posicionamentos em locais inapropriados com espaço limitado).

Pode igualmente contribuir para esse fator, a não existência/não utilização dos recursos existentes para evitar essas situações, ou a implicação de tempo que requer à utilização dos mesmos, preferindo o enfermeiro não o utilizar de forma a *ganhar* tempo, para o atendimento de outras situações, comprometendo a sua saúde. Já para Ribeiro e Shimizu (2007), os de ordem mecânica, surgem como sendo dos menos apontados.

Porém, Ribeiro e Shimizu (2007) alerta que, a não notificação foi significativa em acidentes provocados por fatores de ordem biológica, o que neste estudo, os dados obtidos revelam que metade dos enfermeiros esteve igualmente exposto a esse fator de risco, no acidente de trabalho não notificado. É de destacar pela gravidade que podem representar, principalmente se for considerado o risco de contaminação. Arrabaço (2008), no seu estudo, refere que os resultados revelaram que os acidentes de trabalho, ocasionados por material perfuro cortante entre os profissionais de saúde são frequentes devido ao número elevado de manipulação destes instrumentos, principalmente de agulhas e com prejuízos para os profissionais e Instituição. A mesma autora refere que as agulhas/cateteres foram os objetos motivadores do maior número de acidentes, destacando a forma e o local de eliminação do material. Por vezes, estes acidentes são considerados, pelos profissionais, como inócuos, pelo facto do material envolvido não ter sido usado e estar esterilizado. Porém, convém salientar que o que poderá estar em causa são comportamentos e atitudes inapropriadas, perante os procedimentos, evidenciando falta ou atualização de formação e consciencialização perante o risco (Lopes [et al.] 1996).

Nos SU, acresce esse fator de risco (Carapinheiro [et al.], 1997 e Silva, 2008), pois o contexto de cuidados utiliza um serviço com elevada manipulação destes objetos, associado a um elevado número de realização de procedimentos/atitudes terapêuticas, com um elevado número de doentes, alguns deles com estado de consciência alterado, com recursos humanos, muitas vezes insuficientes para as necessidades. Estes factos implicam que a abordagem de alguns doentes, por vezes agitados, para a realização de um procedimento com manipulação de um desses objetos, seja com risco acrescido.

Noutros estudos, os fatores de risco envolvidos nos acidentes não notificados, o mais apontado é o de origem biológica, sendo referido por Napoleão et al. (2000), Marziale (2003) e Facchim e Silva (2010). Por outro lado, Gonçalves (2007) indica este risco como sendo o menos apontado entre os profissionais de enfermagem (8%). Estes resultados demonstram que os enfermeiros manipulam regularmente material corto-perfurante, sendo que, uma das atividades mais realizadas pelos enfermeiros, em especial nos SU, tal como já foi referido

anteriormente. Nishide, Benatti e Alexandre (2004) e Silva (2008) mencionam que este facto poderá estar associado ao não cumprimento das normas de segurança e não utilização dos equipamentos de proteção individual. Neste estudo, é de salientar que estes motivos foram os menos mencionados como causas dos acidentes de trabalho não notificado.

De realçar que, em outros estudos relacionados, os fatores associados ao de risco psicossociais não foram apontados. No presente estudo, este fator foi referido por mais de metade dos enfermeiros, indo de encontro a alguma literatura consultada (Mauro, Martins, 1996 e Parreira, 1998). Para isso, poderá ter contribuído o elevado grau de responsabilidade inerente à profissão, as constantes mudanças de turno, turnos longos, com duração superior a 8 horas, com efeitos diretos no ritmo biológico dos profissionais e a obrigatoriedade de se manterem em atividade até serem rendidos o que implica por vezes o prolongamento desse turno, não sendo admitido igualmente o direito ao erro, é suscetível de conduzir a situações de stress e ansiedades.

Aos enfermeiros dos SU acresce o facto de lidarem por vezes com múltiplas situações de urgência/emergência, estarem próximos e em contato permanente com o doente/família, serem responsáveis pela Triagem de Manchester (sendo *atribuído* ao enfermeiro a responsabilidade de atribuição do grau de prioridade, com respetiva implicação nos tempos de espera dos doentes), sendo esperado destes profissionais, uma resposta eficaz e atempada, quando em algumas vezes, isso não é possível, ultrapassando as capacidades de resposta do mesmo e causando stress com implicações negativas na saúde deste profissional.

- Causas dos acidentes de trabalho não notificados

Relativamente às causas dos acidentes de trabalho não notificados e mais referidas pelos enfermeiros, destacam-se a sobrecarga de trabalho, referida por 81,8% dos enfermeiros, seguido da agitação psicomotora do doente, do excesso de número de doentes/enfermeiro, afluência elevada de doentes e realização de várias tarefas em simultâneo, estas com uma distribuição semelhante (72,7%). Estes dados, que vão de encontro aos estudos realizados por Gonçalves (2007) e Faria (2008) e corroborado pela Agencia Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2014), referem que os profissionais sofrem de stress quando as exigências do serviço superam a capacidade dos profissionais em lhes dar resposta, cargas de trabalho excessivas, entre outras.

Porém, para Nishide, Benatti e Alexandre (2004) uma das principais causas foi o facto de o profissional não usar equipamentos de proteção individual, o que neste estudo, está entre as menos apontadas, como já referido.

Os enfermeiros que tiveram acidentes e os que não notificaram apontaram que os mesmos tiveram origem em múltiplas causas. Todos apontaram mais que uma causa e 9 apontaram mais de 14 causas que originaram os acidentes ocorridos. Estes dados vão de encontro ao que refere Marziale (2003) quando menciona que há vários fatores em simultâneo que podem contribuir para a ocorrência dos acidentes.

Após categorização das causas, nas dimensões *doente/família*, *serviço e sua organização* e *enfermeiro*, a maioria que motivaram o acidente de trabalho não notificado estão associadas à dimensão doente/família, seguido da dimensão serviço e sua organização, sendo que as causas associadas ao próprio profissional apresentam menor número de respostas.

Nishide, Benatti e Alexandre (2004) mencionam outras causas que propiciaram o acidente, tais como a culpabilidade do próprio profissional, falta de atenção, responsabilizar o *ambiente* em que trabalha, os recursos materiais e até o próprio doente, aspetos que neste estudo foram dos menos apontados à exceção da culpabilidade do doente/família, que está entre os mais referidos em consonância com Stokowski (2014), quando refere que a violência no trabalho e a agressão verbal e/ou física está entre os motivos que causam acidentes e stresse aos profissionais dos SU, como sendo dos menos notificados.

Marziale (2003) menciona no seu estudo que há fatores associados à ocorrência de acidentes relacionados com a organização de trabalho indo de encontro outros autores, como Martins (1996) e Jacques (2002) que referem as organizações e condições de trabalho como ocasionando nos trabalhadores condições por vezes inseguras e que originam acidentes. Os hospitais e demais serviços foram criados, organizados e desenvolvido por pessoas, em função daqueles que precisam deles (Rodrigues, 2005), alguns com elevado nível de diferenciação e complexidade (Ferreira, 2006 e Fernandes, 2014). Estas organizações colocam as pessoas (enfermeiros) que trabalham diretamente com o doente/família na linha da frente nos SU, sob um contínuo stresse e pressão, pois lidam com múltiplas solicitações, com fator da imprevisibilidade (Sheehy's, 2001), entre dificuldades e constrangimentos colocando os trabalhadores em situações de vulnerabilidade e mais suscetíveis ao acidente (Martins, 1996, e Stokowski, 2014).

Faria (2008) refere ainda que as condições de trabalho, motivação e a saúde dos profissionais têm sido relegados para segundo plano. Porém, o trabalhador poderia e deveria ser ouvido pelos gestores de forma a expressarem as suas ideias, preocupações e sugestões com contributos para a gestão e organização do trabalho (Dejours [et al.], 1994), na qual está envolvido.

- Consequências dos acidentes de trabalho não notificados

Em relação às consequências dos acidentes, todos enfermeiros referem as consequências de natureza mecânica (lombalgias, dorsalgias e dor osteoarticular) como resultado dos acidentes à semelhança do estudo realizado por Gonçalves (2007) e Faria (2008). Este facto é importante, pois é necessário identificar quais os comportamentos, procedimentos e contextos da prestação de cuidados que originam as lesões.

O tipo de doente de um SU é, na sua maioria, constituído por doentes em fase aguda ou crítica, em eminência ou falência multiorgânica. Por diversas vezes, estes estão com nível de consciência diminuído, agitados, agressivos, com a mobilidade reduzida, idosos com múltiplas comorbilidades, com necessidade constante de técnicas invasivas e diferenciadas. A carga física utilizada pelo enfermeiro nos SU é grande, assim se compreende que o tipo de acidente mais referido seja relacionado com os de natureza mecânica. A utilização de equipamentos antigos e desadequados (camas manuais de ajuste), ausência de manutenção dos equipamentos, mobiliário inadequado, espaço físico desajustado, a inexistência/escassez de equipamentos auxiliares para mobilização, número reduzido de profissionais e transferências inter-hospitalares, com consequente diminuição do rácio de enfermagem, são fatores que contribuem para riscos de acidentes no trabalho e lesões por esforço físico. Acresce o facto da estrutura e disposição física do serviço, equipamentos, recursos humanos e técnicos dos SU, poderem já não estar adequadas à afluência e tipologia de doentes, após reestruturação da Rede Nacional dos Serviços de Emergência/Urgência, pois foram projetados sob outro contexto, com base em outras premissas que não as atuais. Sobre isso, Carapinheiro (1993) comenta que, em Portugal, se fazem as leis e depois espera-se que a realidade se adapte às mesmas.

Metade dos enfermeiros referiram transtornos psicológicos (ansiedade e stresse), indo de encontro às causas dos acidentes. Os SU, pela diversidade, número e com diferentes níveis de gravidade de doentes que acolhe, expõe este profissional a uma pressão contínua, quer

por parte dos doentes/família, quer pela necessidade de querer fazer tudo aquilo que os outros esperam dele (Parreira, 1998).

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde Higiene no Trabalho (2014) refere que os riscos psicossociais decorrem de deficiências na conceção, organização e gestão do trabalho, bem como de um contexto social de trabalho problemático e que os trabalhadores sofrem de stress quando as exigências inerentes à função excedem a sua capacidade. Corroborando Sousa, et al. (2005), quando menciona que os profissionais de saúde, no qual estão incluídos os enfermeiros, são referenciados como aqueles com mais alterações de saúde devido ao *stress*.

No que se refere ao número de dias perdidos, em consequência dos acidentes de trabalho não notificados, apenas um enfermeiro refere ter estado ausente por 3 dias em consequência do mesmo, não sendo possível determinar, através da análise do questionário, a causas ou causas que terão motivado este período de ausência. Quando comparado com o estudo de Faria (2008) é claramente inferior em termos de incidência. Este caso em particular, não vai de encontro ao que refere o Departamento de Saúde, Higiene e Segurança no Local de Trabalho da Confederação Geral Dos Trabalhadores Portugueses – Intersindical Nacional (CGTP-IN, 2009) no qual apenas aqueles acidentes que poderiam implicar absentismo e outras consequências é que eram notificados.

- Motivos da não notificação dos acidentes de trabalho.

Dos motivos apresentados no questionário que teriam motivado a não notificação do mesmo, os que reuniram mais concordância entre os inquiridos, os mais referidos foi a burocracia em excesso e que não adviria qualquer consequência do acidente, seguidos de o profissional não acreditar no encaminhamento das situações ou na eficácia da instituição, bem como ter desvalorizado o acidente e tomado *atitudes* para minimizar/suprimir o risco. Estes motivos vão de encontro a Marziale (2003) quando refere que, os motivos que levaram à não notificação do acidente, estavam relacionadas a *crenças*, falta de conhecimentos e informações sobre o risco de contaminação e burocracia associada ao processo de notificação. A falta de registros perante o acidente, assume como sendo um fator essencial para a não notificação do acidente, tendo como causas atribuídas pelo profissional: pouca importância da lesão sofrida, desconhecimento do processo de notificação, falta de tempo,

medo de demissão, crença pessoal dos trabalhadores e falta de informação sobre o registro dos dados (Napoleão [et al.], 2000; Marziale, 2003).

Nishide, Benatti e Alexandre (2004) por outro lado, referem que o motivo principal da não notificação do acidente, foi o facto de o enfermeiro considerar uma ausência de risco mediante o tipo de acidente sofrido (por pele integra e agulha não usada).

Ribeiro e Shimizu (2007) fazem outras referências, como por exemplo, a falta de conhecimento dos procedimentos administrativos; complexidade do fluxograma da notificação; medo dos resultados das serologias. Faria (2008), no seu estudo refere que, o motivo mais mencionado é o facto do procedimento a adotar para a participação dos acidentes ser demasiado moroso. Facchim e Silva (2010) apontam como principais motivos para a não notificação a falta de conhecimento do circuito de notificação, medo de comunicar ao superior hierárquico, excesso de burocracia e atribuição de baixo risco ao acidente.

Arrabaço (2008) destaca no seu estudo a notificação das lesões músculo-esqueléticas, apesar de estarem devidamente regulamentadas (Decreto-Lei n.º 352/2007 de 23 de outubro), reconhece que a sua notificação não é real e que haja uma não notificação das mesmas, associadas à dificuldade do profissional de saúde provar como sendo consequência direta da atividade exercida e não do normal desgaste do organismo. Reconhece, igualmente, que há profissionais que não notificam os acidentes relacionados com a exposição microbiana relacionada com o facto da morosidade do processo e excesso de burocracia.

Cavaleiro et al. (2012, p. 36) mencionam que o número de acidentes estudado, corresponde aos acidentes participados porém, identifica outros que não constam por desconhecimento do circuito de participação.

Estes dados podem revelar que há uma falta de formação em relação aos aspetos epidemiológicos e jurídicos envolvidos, sobre a necessidade da notificação e importância da prevenção, indo de encontro à literatura consultada. Bulhões (1998) refere que o profissional de enfermagem nem sempre analisa a importância que lhe é devida, os riscos a que estão sujeitos referindo diversos motivos, sejam eles ocultos, latentes ou reais.

Dias et al. (2013) refere que, a não notificação impossibilita o conhecimento da realidade. Os dados que a OIT (2013) aconselha, para uma descrição do acidente, permitem saber as características individuais da vítima do acidente, da instituição, das causas e da lesão sofrida e por conseguinte, será possível conhecer os défices do sistema de trabalho e ajudar à adoção de medidas preventivas, assegurando os direitos legais do acidentado.

De salientar que, entre os motivos mais referidos pelo profissional não acreditar no encaminhamento da situação, na eficácia da instituição e de a mesma não tomar medidas, reúnem um dos maiores índices de concordância, podendo revelar algum *ceticismo* que o profissional têm perante a Instituição e/ou alguns dos seus procedimentos. Esta situação poderá ainda estar relacionado com experiências anteriores e de outros colegas e falta de visibilidade das ações dos serviços, que são responsáveis pela Saúde e higiene no trabalho em corrigir os fatores/causas que originaram esses acidentes.

Outro ponto a referir é que, nas causas dos acidentes de trabalho não notificado, um dos motivos mais apontados para o acontecimento do mesmo, foi a sobrecarga de trabalho. No entanto, este motivo, não foi um dos que teve um maior score em relação ao motivo de não notificação.

- Limitações do Estudo

Entre as dificuldades e limitações encontradas, está a memória dos enfermeiros para precisar o número, causas, repercussões, fatores de risco envolvidos e tipo de acidentes de trabalho não notificados com o rigor desejado, apesar de ter sido limitado o tempo ao último ano de exercício profissional.

Outra limitação/dificuldade diz respeito à população, pelas limitações em número de casos com acidentes de trabalho não notificados e o facto de alguns enfermeiros não se disponibilizarem para participar, alegando falta de motivação, tempo e indisponibilidade para colaborar em estudos, aspeto esse referido por alguns aquando da explicação e solicitação para a colaboração do mesmo, diminuindo a população de estudo. Estes casos, provavelmente, terão contribuído para a subestimação dos dados obtidos, o que por sua vez não permitiu ter o número de casos suficientes para a realização de considerações mais aprofundadas sobre o problema.

Reconhecemos ainda, em conformidade com a OIT, a escassa bibliografia, nacional e internacional sobre a não notificação nas várias classes profissionais.

Um aspeto importante que deve ser evidenciado é o facto de alguns dos estudos apresentados, terem sido realizados noutros países, com diferentes leis do trabalho, condições e em diferentes contextos culturais.

CONCLUSÕES

Nos últimos anos, tem-se verificado deslocalizações de alguns SU e o encerramento de outros serviços de atendimento (Serviços de Atendimento Permanentes, Consultas Abertas, Recursos), bem como um aumento em tamanho e complexidade de outros SU, de forma a dar resposta a um eventual aumento da afluência de doentes com diversos graus de gravidade, por alargamento das áreas de influência dos serviços. Em determinados SU, houve ainda integração de meios de emergência do Instituto Nacional de Emergência Médica (SIV e VMER). Estas mudanças advêm da reestruturação da Rede Nacional dos Serviços de Emergência/Urgência. Porém, em alguns serviços, não houve um aumento dos recursos humanos de forma a responder a estas mudanças, gerando nos grupos profissionais problemas de saúde, stresse e acidentes de trabalho.

É consensual que a problemática da segurança do enfermeiro num SU, durante a prestação de cuidados ao doente seja o mesmo, crítico ou não, merece mais enfoque, pois qualquer profissional presta melhores cuidados se sentir seguro nas condições em que trabalha.

Este grupo profissional é confrontado, diariamente, com diversos fatores de riscos, sejam eles de natureza física, química, biológica, psicossocial e mecânica. No entanto, há situações em que o profissional pode desvalorizar o acidente, e/ou, em combinação com outros fatores/situações, motivar a não notificação do mesmo.

A não notificação dos acidentes é um fator que delimita, não só as estatísticas, mas também o estudo das situações que levam à ocorrência do mesmo, sendo esta uma base imprescindível para o estudo da real situação da prevalência dos acidentes de trabalho, bem como, a identificação das situações em que ocorreram e os fatores que contribuíram, com o objetivo adoção de medidas preventivas, contribuindo para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Surge, assim, a necessidade de intervir de forma precoce e eficaz, no sentido de assegurar o bem-estar e ambiente seguro para este grupo profissional e dos doentes/família que dele dependem.

O facto da bibliografia em Portugal relacionada com a não notificação dos acidentes de trabalho neste grupo profissional ou em qualquer outro grupo ser escassa, torna este trabalho mais pertinente pois, permite conhecer e dar a conhecer esta realidade ainda pouco estudada, mas igualmente manifestada pelos diversos grupos profissionais, durante a realização desta dissertação.

Com base nos resultados obtidos e tendo como referência os objetivos da investigação, consideramos essencial realçar as seguintes conclusões:

- O grupo profissional que exerce funções nos SU da ULS do norte do país é, maioritariamente, do sexo feminino, sendo o grupo etário predominante aquele que tem idades compreendidas entre os 31 a 40 anos, com uma experiência profissional entre 10 a 20 anos, a trabalhar em horário rotativo, 35 horas por semana e em turnos com duração superior a 8 horas. De realçar que, apesar da maioria de este grupo possuir uma licenciatura em enfermagem como formação profissional, existe uma percentagem significativa de profissionais que se empenharam em obter outra formação (curso de especialização em enfermagem e/ou uma pós-graduação) o que evidencia que, na sua generalidade, é um grupo com uma formação académica relevante e com quase metade da população, com *muitos* anos de experiência em contexto de urgência;
- Os enfermeiros que acumulam trabalham uma média por semana, 50 horas a 60 horas, por motivos que não foram explorados neste trabalho, mas que, provavelmente, estarão associados ao fator económico por degradação da condição social do enfermeiro verificada nos últimos anos;
- Dos enfermeiros respondentes, 30,9%, refere ter tido pelo menos um acidente de trabalho, correspondendo a 1/3 da população estudada;
- A prevalência dos enfermeiros com acidentes não notificados é, sensivelmente, o dobro dos que notificaram, sendo que 80,7% dos acidentes referidos, não foram notificados. É possível afirmar, sobre a população e relacionando com os acidentes, que existem indivíduos que já sofreram mais do que um acidente, visto que, o número de ocorrências foi superior ao dos enfermeiros. Apesar de a maioria referir, conhecer o circuito de notificação e não associarem a falta de formação como motivo da não notificação do acidente, evidencia uma necessidade de consciencialização sobre a importância e obrigatoriedade da notificação, bem como da necessidade do profissional e as hierarquias refletirem sobre as práticas e o contexto em que desenvolve as mesmas;
- Não sendo encontradas diferenças estatisticamente significativas, na ocorrência dos acidentes de trabalho nas variáveis sociodemográficas e socioprofissionais, salienta-se que houve uma maior ocorrência de acidentes nos profissionais cuja jornada de trabalho foi superior a 8 horas, colocando em risco a segurança deste grupo profissional aquando da organização da jornada de trabalho e respetivos horários, os quais deveriam atender às condições e carga de trabalho deste grupo profissional, inserido nos SU não podendo

ser desincorporado o facto dos mesmos, estarem associados a uma elevada carga de trabalho, uma *panóplia* de procedimentos, e uma diversidade e diferenciação de técnicas invasivas e não invasivas, acompanhado do *fardo* do *stresse*, quase permanente e constantes reduções de rácio, algumas por várias horas, por motivos do enfermeiro ser necessário para algumas transferências inter-hospitalares ou ativações ambulância SIV (no caso da SUB com este meio integrado);

- Não foram observadas diferenças nas características sociodemográficas e socioprofissionais entre os enfermeiros que notificaram e não notificaram os acidentes, à exceção da jornada média de trabalho em que, aqueles que trabalham mais de 8 horas foram os que mais não notificaram os acidentes, pelo que advém a necessidade de averiguar o porquê de tal facto acontecer;
- Quanto ao fator de risco envolvido, os de origem mecânica são os que têm uma maior incidência, seguido do fator de risco psicossocial pelo que emerge a necessidade de rever as condições de trabalho, se as mesmas cumprem os diretivas nacionais e internacionais (dotações seguras, realização de horários, sistema de rotação de turnos, carga de trabalho, trabalho por turnos, respeito pelos dias de descanso e jornadas de trabalho, períodos de descanso durante o turno, intervalo entre turnos, equipamentos, estrutura física com espaços exíguos, entre muitos outros aspetos). Seria pertinente determinar as causas em que as mesmas não se verifiquem, de forma a intervir junto dos órgãos legislativos, hierarquias e outras associações representativas da classe, por forma a proporcionar ambientes seguros para a prática de cuidados ao doente/família, com a qualidade desejada nas melhores condições e não apenas nas condições possíveis. Porém, convém ainda salientar que, alguns dos resultados deste trabalho, permitem inferir que, o número de enfermeiros acidentados, apesar de ainda expressivo e das instituições de saúde investiram na aquisição e formação para a utilização de equipamento de proteção e segurança e os profissionais, estes parecem estar consciencializados para a importância da sua utilização. Esta ilação é devido ao baixo score atribuído à falta de equipamentos de proteção individual como causa do acidente não notificado e motivo de não notificação do acidente;
- As consequências mais mencionadas são as de origem mecânica, sendo mais apontada a lombalgia, devendo-se não só à mobilização de doentes, como ao excessivo e constante esforço a que é sujeito o corpo, durante o trabalho em prol daqueles que dependem dos enfermeiros, com o consequente desgaste físico. Acresce ainda o fator *stresse* que este grupo profissional está sujeito, diariamente, ao longo de uma jornada de trabalho, em

alguns casos, superior às recomendadas na literatura, normas e diretivas nacionais e internacionais. Os SU lidam quase, diariamente, com a morte, com a dor, com doentes e famílias exasperadas, procurando neste profissional uma palavra de conforto e aconselhamento, que nem sempre é possível fazer, dado o volume de trabalho e um rácio claramente insuficiente para as necessidades e prioridades, provocando no mesmo um desgaste emocional com consequências a nível físico e psíquico, podendo repercutir-se a vários níveis (social, económico, organizacional);

- Relativamente às causas apontadas para a ocorrência dos acidentes de trabalho não notificados, a mais referida foi sobrecarga de trabalho. Após categorização das causas pelas três dimensões, maioria, estão relacionadas com a dimensão doente/família;
- Os motivos que reuniram mais concordância para a não notificação do acidente, foram a burocracia em excesso e que não adviria qualquer consequência do mesmo. O facto de se considerar o acidente, mesmo aquele sem risco aparente, é preocupante, pois pode estar relacionado ao método de trabalho e atenção, excesso de confiança, sobrecarga de trabalho e falta de tempo, podendo ocorrer em outra atividade em que o risco esteja realmente presente. Reforçando o que já foi referido anteriormente, sobre a necessidade de consciencializar os profissionais para refletirem sobre as suas práticas e quem os representa, pensarem nas condições em que os mesmos exercem a atividade. Sugere-se igualmente a necessidade de facilitar, agilizar e uniformizar o processo de notificação.

Face ao exposto, é essencial intervir, com o objetivo de garantir uma maior segurança deste grupo profissional no SU e daqueles que deles dependem, com estabelecimento de uma cultura de segurança no trabalho. Devem ser avaliadas as condições e as repercussões na saúde do trabalhador, em ambientes de trabalho específicos, como um SU. Consideramos ser necessária uma consciencialização da problemática para uma mudança de comportamentos, visando não só uma redução dos acidentes, mas igualmente, uma agilização dos processos de participação com o intuito de reduzir a não notificação, bem como o reconhecimento e adoção de medidas preventivas para uma efetiva redução das situações, que contribuam para a ocorrência dos mesmos.

Compete a todos os envolvidos neste processo, desde o próprio profissional, às hierarquias, à Instituição e aos órgãos que representam os enfermeiros perante a sociedade, refletir e tomar medidas no sentido de garantir as melhores condições de segurança a este grupo profissional e não apenas nas condições possíveis, contribuindo para uma melhor qualidade dos cuidados prestados aos doentes/família, em ambiente de Urgência e Emergência.

- Implicações do estudo

Com este estudo, pretendeu-se contribuir para alertar este grupo profissional sobre a necessidade da prevenção e notificação dos acidentes e impulsionar a realização de outros, envolvendo outras classes, sob outras perspetivas, dada a importância do assunto. Consideramos que, ainda há um longo caminho a percorrer no campo da investigação, sobre este tema, sendo portanto, um campo frutífero para outros investigadores.

Tendo em conta as limitações, o presente estudo permitiu identificar a prevalência da não notificação dos acidentes pelos enfermeiros dos SU, bem como outros dados para desenvolvimento da ciência, através de estudos de investigação nesta área.

Perante estes resultados, emergem questões pertinentes, sendo uma das mais relevantes, a análise do reconhecimento dos fatores, motivos, causas e contextos que levam determinados acidentes a serem notificados e outros não. Pensa-se que os fatores que podem contribuir para esse acontecimento serão a experiência do profissional, em avaliar o tipo de risco em que pode subvalorizar o mesmo e a facilidade que este grupo profissional têm em aceder a consultas médicas *informais* e a alguns exames complementares de diagnóstico.

Do mesmo modo, também nos deparamos com a situação em que o profissional inicia o processo de notificação e por algum motivo não o termina, devendo em nosso entender, ser assunto de relevância para análise de investigação.

Também nos parece pertinente conhecer a razão de serem os profissionais com formação académica mais elevada, aqueles que têm maior número de acidentes de trabalho.

Importa refletir e analisar, o facto da maioria dos profissionais mencionarem que, tendo conhecimento do circuito de notificação associado ao baixo score atribuído à falta de formação e desconhecimento do que poderia ser considerado acidente, como um dos motivos da não notificação. Fica patente que, apenas o conhecimento da situação, não contribui por si só, para uma prevenção e notificação eficaz dos acidentes, por mais *triviais* que estes lhes possam parecer à primeira vista.

Um aspeto a realçar, com uma necessidade de reflexão por parte dos vários intervenientes, é o facto de alguns profissionais fazerem alusão à falta de visibilidade e aplicabilidade das conclusões dos diferentes estudos previamente realizados, o que desmotiva a participação dos mesmos em futuros estudos.

Pretendemos apresentar os resultados deste estudo junto das equipas de enfermagem, não só dos SU da ULS e do respetivo departamento de urgência, mas junto das outras equipas de enfermagem e multidisciplinares, órgãos representativos da classe profissional, com o objetivo de sensibilizar para a questão da não notificação dos acidentes e suas repercussões. O objetivo será em prol de uma melhoria das condições de segurança e de trabalho dos profissionais de saúde contribuindo, em benefício da saúde dos mesmos, ajudando a garantir ambientes de trabalho seguros e saudáveis.

As vantagens de garantir um ambiente seguro para o profissional de enfermagem é uma condição necessária para garantir uma prestação de cuidados, com qualidade ao doente/família, independentemente do serviço e contexto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agencia Europeia para Segurança e Saúde no Trabalho - **Saúde e segurança dos trabalhadores do sector da saúde**. [Em linha]. Autoridade para as Condições do Trabalho, 2012. [consultado em: 10 de Novembro de 2014]. Disponível na WWW: <URL: https://osha.europa.eu/pt/sector/healthcare/index_html.

Agencia Europeia para Segurança e Saúde no Trabalho - **Relatório Anual 2000**. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias. 2001. ISBN: 92-95007-21-2.

ALVES, José - **Diferenças Individuais, inteligência e processamento da informação**. IN. *Actas do simpósio europeu de ergonomia* : Estoril, 27 e 28 de Fevereiro de 1992. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana, Departamento de Ergonomia, 1994. ISBN: 972-735-013-5 p.105-118

ARRABAÇO, Maria Fatima - **Acidentes de Serviço em Profissionais de Saúde: Identificação, Representações e Comportamentos**. Lisboa: [s.n.], 2008. Tese de Mestrado apresentada à Universidade Aberta

ASSUNÇÃO, Ada Ávil; JACKSON FILHO, José Marçal - **Tranformações do Trabalho no Setor da Saúde e Condições para Cuidar**. In ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BRITO, Jussara - **Trabalhar na Saúde, Experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. ISBN: 978-85-7541-217-6 p. 45-65

BARROSO, Monica Paz, CARNEIRO, Paula ; COSTA, Luís Gomes - **Ergonomia e lesões músculo-esqueléticas em contexto hospitalar**. Lisboa: Autoridade Condições do Trabalho, 2008. ISBN: 978-989-8076-57-1.

BASTO, Maria Fatima Freitas - **Acidentes de trabalho em Portugal**. Coimbra: Centro de Investigação em Medicina Social, 1996. ISBN: 972-95795-2-0.

BULHÕES, Ivone - **Risco do trabalho de Enfermagem**. Rio de Janeiro : Ed. Folha Carioca, 1998. [s.n.]

CARAPINHEIRO, Graça; LOPES, Noémia Mendes - **Recursos e Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses**. Lisboa: instituto Superior Ciências do Trabalho e da empresa, 1997. ISBN: 972-95420-1-5.

CARAPINHEIRO, Graça - **Saberes e Poderes no Hospital**. Santa Maria da Feira : Editora Afrontamento, 1993. ISBN: 972-36-0306-3.

CARDO, D. M. - A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. [Em linha]. "**The New England Journal of Medicine**", 2004. [consultado em: 1 de setembro de 2014]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm199711203372101#t=articleTop>. ISSN: 0028-4793.

CAVALEIRO, M. R., [et al.] - **Estudo da sinistralidade laboral em meio hospitalar - Aspeto fundamental para a integração da segurança no trabalho na gestão de unidades de saúde.** [Em linha]. [s.l.]: Rede de Investigação sobre Condições de Trabalho, 2012. [consultado em: 10 de setembro de 2014]. Disponível na WWW: <URL: http://www.ricot.com.pt/artigos/1/Cavaleiro%20et%20al_pp21.41.pdf. ISSN: 2182-4096.

Central Geral dos Trabalhadores Portugueses - **Dados EUROSTAT.** [Em linha]. Lisboa, UGT, 2009. [consultado em 12 de abril de 2013]. Disponível na WWW: <URL: <http://shst.cgtp.pt/phocadownload/Dados%20do%20Eurostat.pdf>.

CHIAVENATO, Idalberto - **Recursos humanos.** São Paulo: Atlas, 2000. ISBN: 85-224-2544-2.

CORTE, Ana Margarida Alves [et al.] - **Os riscos na enfermagem. "Nursing".** Lisboa. ISSN: 0871-6196. Ano 16, n.º. 196 (Fev. 2005), p. 36-41

DECRETO-LEI n.º 56/79. **DR. I Série.** 214 (1979/09/15) 2357-2363

DECRETO-LEI n.º 479/85. **DR. I Série.** 261 (1985/11/13) 3786-3787.

DECRETO-LEI n.º 348/89. **DR. I Série.** 235 (1989/10/12) 4447-4450.

DECRETO-LEI n.º 441/91. **DR. I Série A.** 262 (1991/11/14) 5826-5833.

DECRETO-LEI n.º 330/93. **DR. I Série A.** 226 (1993/09/25) 5391-5393.

DECRETO-LEI n.º 362/93, **DR. I Série A.** 242 (1993/10/15) 5802-5804.

DECRETO-LEI n.º 84/97. **DR. I Série A.** (1997/04/16) 1702-1709.

DECRETO-LEI n.º 301/2000. **DR. I Série A.** 267 (2000/11/18) 6588-6593.

DECRETO-LEI n.º 2/2001. **DR. I Série A.** (2001/01/04) 39-48.

DECRETO-LEI n.º 46/2006. **DR. I Série A.** 40 (2006/02/24) 1531-1538.

DECRETO-LEI n.º 182/2006. **DR. I Série.** 172 (2006/09/06) 6584-6593.

DECRETO-LEI n.º 352/2007. **DR. I Série.** 204 (2007/10/23) 7715-7808.

DECRETO-LEI n.º 12ª/2008. **DR. I Série.** 41 (2008/02/27) 1326 (2) - 1326 (27).

DECRETO-LEI n. 4/2009. **DR. I Série.** 20 (2009/01/29) 598-602.

DECRETO-LEI n. 7/2009. **DR. I Série.** 30 (2009/02/12) 926-1029.

DECRETO-LEI n.º 98/2009. **DR. I Série.** 172 (2009/09/04) 5894-5920.

DECRETO-LEI n.º 248/09. **DR. I Série** 184 (2009/09/22) 6771-6775.

DECRETO-LEI n.º 24/2012. **DR. I Série.** 26 (2012/02/06) 580-589.

DECRETO-LEI nº 68/2013. **DR. I Série.** 166 (2013/08/29) 5206-5009.

DECRETO-LEI nº 121/2013. **DR. I Série.** 161 (2013/08/22) 5052-5055.

DECRETO-LEI nº 11/2014. **DR. I Série.** 46 (2014/03/06) 1746-1749.

DECRETO REGULAMENTAR nº 76/2007. **DR. I Série.** 176 (2007/07/17) 4499-4593

DECRETO-RETIFICATIVO nº 26/86. **DR. I Série.** 26 (1986/01/31) 307-308.

DEJOURS, Christophe, ABDOUCHELI, Elisabeth ; JAYET, Cristian - **Psocodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho.** São Paulo : Editora Atlas. S.A., 1994. ISBN: 85-224-1061-5.

DESPACHO nº 727/2007. **DR. II Série.** 10 (2007/01/15) 1123 - 1124.

DIAS, Ana Cristina [et al.] - **Acidentes de trabalho e doenças profissionais: Orientações técnicas.** [Em linha]. Lisboa e Vale do Tejo: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, 2013. [consultado em 10 de Novembro de 2014]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.dgs.pt/delegado-de-saude-regional-de-lisboa-e-vale-do-tejo/paginas-acessorias/ficheiros-externos/saude-ocupacional/orientacoes-n-3-acidentes-e-dp-pdf.aspx..s/n>>.

DIFRIERI, J. A. – **Fatores organizacionais nos acidentes de trabalho com profissionais de Enfermagem.** "Revista Brasileira de Saúde Ocupacional". São Paulo. ISSN: 0303-7657. Vol. 14, Nº 14 (1988), p. 12-13

DWYER, Tom ; AREOSA, João - **Acidentes de trabalho: uma abordagem sociológica.** Revista Sociológica Configurações. "**Revista Sociológica Configurações**". Braga. Nº. 7 (2010), P.1-17. [consultado em 10 de novembro de 2014]. Disponível na WWW: <URL: <http://configuracoes.revues.org/213>>

FACCHIN, Luiza Tayar; SILVA, Silvia Rita Marin - **Prevalência de não notificação de acidentes com material biológico pela equipe de enfermagem de um hospital de urgência.** Ribeirão Preto: [s.n.], 2010. Tese Mestrado.

FARIA, Armindo Manuel Cunha - **Caracterização e Análise dos Acidentes de Trabalho com Profissionais de Enfermagem numa Unidade Hospitalar.** Guimarães. [s.n.], 2008. Tese de Mestrado apresentada à Universidade do Minho

FERNANDES, Baltazar Castro - **Uma Organização em Contextos de Mudança: Representações Sociais Dos Seus Colaboradores,** Braga. [s.n.], 2014. Tese de Doutoramento de Doutoramento apresentada à Universidade do Minho, Instituto de Ciencias Sociais

FERREIRA, Maria Margarida - **Riscos de saúde dos enfermeiros no local de trabalho. "Sinais Vitais".** Coimbra. ISSN: 0872-8844. (março, 2005) nº 59; p. 29-35,

FERREIRA, Maria Manuela Frederico - **Organizações, trabalho e carreira.** Loures: Lusociência, 2006. ISBN: 972-8930-30-5.

FORTIN, Marie Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures : Lusodidata, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.

FREITAS, Luis Conceição - **Gestão da segurança e saúde no trabalho**. Lisboa : Edições Universitárias Lusófonas, 2003. ISBN: 972-8296-91-6.

FREITAS, Luis Conceição; CORDEIRO, Telma Costa - **Segurança e saúde do trabalho**. Lisboa: Autoridade para as Condições do Trabalho, 2013. ISBN 978-989-8076-83-0.

FREITAS, Luis Conceição - **Manual de Segurança e Saúde do Trabalho**. Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas, 2013. ISBN 978-989-8512-62-8.

GONÇALVES, Jacqueline Almeida - **Acidente de Trabalho entre a equipe assistencial e multiprofissional, uma avaliação da não notificação**. Belo Horizonte. [s.n.], 2007, Tese de Mestrado apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais

JACQUES, Maria Graça - **"Doença dos Nervos": uma expressão da relação entre saúde/doença mental**. In JACQUES, Maria Graça; CODO, Wanderley - **Saúde Mental & Trabalho**. Petrópolis : Editora Vozes, 2002. ISBN: 85-326-2659-9

KLINE, Rex B. - **Principles and practice of structural equation modeling**. 2ª Ed. New York : The Guilford Publications, Inc., 2005. ISBN: 1-59385-075-1.

LANCMAN, Selma, [et al.] - **Violência no Trabalho e Saúde Mental em um Serviço de Pronto Atendimento Hospitalar**. In ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BRITO, Jussara. **Trabalhar na Saúde, Experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. ISBN: 978-85-7541-217-6

LOPES, Marta Julia, MEYER, Dagmar Estermann; WALDON, Vera Regina - **Genero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. ISBN: 85-7307-137-0.

MAROCO, João - **Análise Estatística com SPSS Statistics**. Pero Pinheiro: ReportNumber, 2014. ISBN: 978-989-967663-4-3.

MARTINS, M. I. G. - **Riscos profissionais no enfermeiro**. Porto: 1996. [s.n.]

MARTINS, Matilde Delmira Silva - **Acidentes de trabalho nas Instituições de Saúde no Distrito de Bragança**. Coimbra, 2009. Revista de Investigação em Enfermagem n.º 19, ISSN 0874-7695, 19, p. 81-90

MARTINS, Matilde Delmira da Silva, SILVA, Norberto Anibal Pires; CORREIA, Teresa Isaltina Gomes - **Acidentes de Trabalho e suas repercussões num hospital no Norte de Portugal**. [Em linha]. "Revista Latino-Americana de Enfermagem" Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169, Vol. 20, Nº. 2 (maio/abril 2012). [consultado em 15 de setembro de 2014]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000200002&script=sci_arttext&tlng=pt.

MARZIALE, Maria Helena e ROBAZZI, Maria Lucia - **O trabalho de Enfermagem e a ergonomia**. [Em Linha]. Brasil: Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2000 [consultado em outubro de 2013]. Disponível na WWW: <URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692000000600018>. ISSN 0104-1169.

MARZIALE, Maria Helena Palucci - **Não notificação de acidentes com perfurocortantes na enfermagem**. [Em linha]. Brasil: Revista Brasileira de Enfermagem, 2003. [Citação: 12 de Maio de 2013]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000200011. ISSN 0034-7167.

MAURO, Maria Yvone Chaves - **Saúde da mulher docente universitária: fadiga e aspetos ergonomicos no trabalho**. Brasil : REBEN, 1996.

MAURO, Maria Yvone Chaves [et al.] - **Condições de trabalho da Enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário**. [Em linha]. Rio de Janeiro, Escola Anna Nery, 2010. [consultado em 5 setembro 2014]. Disponível na WWW: <URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000200006>. ISSN 1414-8145.

MIGUEL, Alberto Sérgio - **Manual de Higiene e segurança do Trabalho**. Porto Editora, 2007. ISBN 978-972-0-01360-6.

MUROFUSE, Neide Tiemi, MARZIALE, Maria Helena e GEMELLI, Lorena Moraes - **Acidente com material biológico em hospital**. "Revista Gaúcha de Enfermagem". Porto Alegre. ISSN 0102-6933. Ano 2005, n. 26 (Agosto 2005), p. 168-179

NAPOLEÃO, Anamaria Alves [et al.] - **Causas de Não notificação de Acidentes de Trabalho entre os trabalhadores de Enfermagem**. "Revista Latino Americana". Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. Ano 2000, Vol. 8, n.º 3 (julho 2000), p. 119-120

NEVES, Arminda Maria, SILVA, Carlos Alberto; LATAS, Ana Isabel - **As condições de trabalho dos Enfermeiros Portugueses**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2004. ISBN: 972-99646-1-0.

NISHIDE, Vera Médice, BENATTI, Maria Cecília Cardoso; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa - **Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva**. "Revista Latino-Americana de Enfermagem". Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. Ano 2004, Vo.12, N.º 2. (abril 2004), p. 204-211

Organização Internacional do Trabalho - **Recording and notification of occupational accidents and diseases and ILO list of occupational diseases**. [Em linha] Suíça: OIT, 2002. [consultado em: 10 de setembro de 2014.]. Disponível na WWW: <URL: [http://www.ilo.org/public/english/standards/relm/ilc/ilc90/rep-v-1.htm#Extent of under-reporting of occupational](http://www.ilo.org/public/english/standards/relm/ilc/ilc90/rep-v-1.htm#Extent%20of%20under-reporting%20of%20occupational). ISBN: 92-2-112425-8.

Organização Internacional do Trabalho - **Emprego e Condições de Trabalho e de Vida do Pessoal de Enfermagem**. [Em linha]. Suíça, OIT, 1977. [consultado em: 3 de setembro de 2014]. Disponível na WWW: <URL: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/instructionalmaterial/wcms_237276.pdf

Organização Internacional do Trabalho - **Resolução sobre as estatísticas das lesões profissionais devidas a acidentes de trabalho**. Lisboa: Autoridade para as Condições do Trabalho, 2013. ISBN: 978-989-8076-73-1.

Ordem dos Enfermeiros - **REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**. [Em linha]. Lisboa, 2012. [consultado em: 22 de novembro de 2014]. Disponível na WWW: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/repe_vf.pdf.

Ordem dos Enfermeiros - **Ambientes favoráveis à prática: condições de trabalho= cuidados de qualidade**. [Em linha]. Suíça, 2007. [consultado em: 20 de novembro de 2014]. ISBN: 92-95040-80-5. Disponível na WWW: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf.

Ordem dos Enfermeiros - Anuário estatístico 2014. [Em linha]. Lisboa 2015 [consultado em: 10 de maio de 2015]. Disponível na WWW: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/DadosEstatisticos/Estatistica_V01_2014.pdf

PARREIRA, Pedro Miguel - **Contacto com a morte e síndrome de burnout: Estudo comparativo com três grupos de enfermeiros de oncologia**. Lisboa. [s.n.],1998. Instituto Tese Mestrado apresentada à Superior de Psicologia Aplicada

PORTARIA nº 405/98. **DR I Série**. 158 (1998/07/11) 3309-3314

PORTARIA nº 987/93. **DR. I Série B. 234** (1993/10-06) 5596-5599

PORTARIA nº 1036/98. **DR I Série B**. (1998/12/15) 6835-6842

PORTUGAL. Pordata - **Número de Enfermeiros ao serviço do SNS**. [Em linha] Lisboa, 2014. [consultado em: 2 de Outubro de 2014.]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.pordata.pt/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>.

PORTUGAL. Administração Central do Sistema de Saúde - **Acidentes de trabalho no Ministério da Saúde**. [Em linha]. Lisboa, 2008. [consultado em: 10 de outubro de 2013]. Disponível na WWW: <URL: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Acidentes%20de%20Trabalho_2007.pdf.

PORTUGAL. CRRNEU - **Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2012.

PORTUGAL. Portal da Saúde - **História do Serviço Nacional de Saúde**. [Em linha] Lisboa, 2013. [consultado em: 6 de Outubro de 2013]. Disponível na WWW: <URL:<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>.

PORTUGAL. Ministerio da Saúde - **Lei Orgânica do Ministério da Saúde**. [Em linha]. Lisboa, 2010. [consultado em: 30 de outubro de 2014]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/lei+organica/arquivo+organica/lei+organica2.htm>.

RIBEIRO, Emilio José e SHIMIZU, Helena Eri - **Acidentes de trabalho com trabalhadores de Enfermagem**. [Em linha]. Brasília, 2007. [consultado em: 10 de outubro de 2013]. Disponível na WWW: <URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000500010>. ISSN 0034-7167.

RIBEIRO, Herval Pina - **Hospital, Historia e Crise**. São Paulo: Cortez, 1993. EAN: 978-8524905094.

ROBAZZI, Maria Lucia do Carmo Cruz e MARZIALE, Maria Helena Palucci - **Alguns problemas ocupacionais decorrentes do trabalho de Enfermagem do Brazil**. Brasília : Revista Brasileira de Enfermagem, 1999. ISSN: 0034-7167.

RODRIGUES, Elsa Maria Viegas - **Avaliação de Desempenho dos Enfermeiros e Percepção de Justiça Organizacional**. Aveiro. [s.n.], 2005. Tese de Mestrado apresentada à Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro.

ROGERS, Bonnie - **Enfermagem do trabalho. Conceitos e Pratica**. Loures: Lusociência, 1997. ISBN: 972-8383-03-7.

SAGEHOMME, D. - **Por um trabalho melhor - Guia de análise das condições de trabalho no meio hospitalar**. Coimbra : Formasau, 1997. ISBN: 972-96680-6-X.

SAMPIERI, R.H., COLLADO, C.F. e LUCIO, P.L. - **Metodologia de Pesquisa**. São Paulo: McGraw-Hill, 2006. ISBN: 9788586804939.

SHEEHY'S, Susan - **Enfermagem de Urgência. Da teoria à pratica**. Lisboa : Lusociência, 2001. ISBN: 9789728383169.

SILVA, Cinthia Danielle e PINTO, Wilza Mari - **Riscos ocupacionais no ambiente hospitalar: fatores que favorecem a sua ocorrência na equipe de enfermagem** [Em linha]. Sertão, 2013 [consultado em 28 setembro 2014]. Disponível na WWW: <URL: <http://fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/vol02/artigo10.pdf>

SILVA, Ligia Maria Ribeiro Moreira Martins - **Riscos ocupacionais e Qualidade de Vida no Trabalho em Profissionais de Enfermagem**. Lisboa, 2008. Tese de Mestrado Apresentada à Universidade Aberta, Lisboa.

SOUSA, Gerónimo, [et al.] - **Acidentes de trabalho e doenças profissionais em Portugal. Impacto nos trabalhadores e famílias**. [Em linha]. Gaia, 2005. [consultado em 10 Julho] 2014]. Disponível na WWW: <URL: http://www.crpq.pt/estudosProjectos/Projectos/Documents/retorno/impactos_trabalhadores.pdf.

Unidade Local de Saúde do Alto Minho - SSHST - **Relatório de Sinistralidade 2005**. Viana do Castelo: CHAM, 2005.

STOKOWSKI, Laura - **Safety for Nurses in the Workplace**. [Em linha]. Estados Unidos da América, 2014. [consultado em: 29 de Novembro de 2014]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.medscape.com/features/slideshow/safety-for-nurses#1>.

União Geral Trabalhadores - **Guia Acidentes de Trabalho**. [Em linha]. Lisboa, 2011. [consultado em 10 julho de 2014]. Disponível na WWW: <URL: http://www.ugt.pt/Guia_Acidentes_Trabalho_SST.pdf.

ULSAM. 2010. **Relatório de Contas ULSAM 2010**. Viana do Castelo: ULSAM, 2010.

UVA, Antonio Sousa e FARIA, Mário - **Exposição profissional a substâncias químicas: diagnóstico das situações de risco**. [Em linha]. 2000. [Citação: 20 de junho de 2014]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-01-2000.pdf>>.

WISKOW, Christiane - **ILO and WHO team up to improve working conditions in the health sector**. [Em linha]. Suíça, 2014 de Julho de 2014. [Citação: 2014 de Setembro de 15]. Disponível na WWW: <URL: http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/media-centre/press-releases/WCMS_250150/lang-en/index.htm> . ISBN: 978-92-2-128260-0

APÊNDICES

APÊNDICE I – GUIÃO DE ENTREVISTA

Guião da Entrevista

- Nos últimos anos, tiveste algum acidente de trabalho?
- Quantos acidentes?
- Participaste todos os acidentes de trabalho?
 - Que tipo de acidentes?
 - Se não, quantos não participaste?
 - Porque não os participaste?
 - Tiveste alguma consequência dos mesmos? Quais?

APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO

Subnotificação dos Acidentes de Trabalho nos Profissionais de Enfermagem dos Serviços de Urgência da ULSAM

Colegas....

O presente estudo está a ser desenvolvido no âmbito do Mestrado de Enfermagem Médico – cirúrgica da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Tem por objetivo uma caracterização dos acidentes de trabalho subnotificados nos profissionais de enfermagem. O importante é a sua opinião...

A informação recolhida é confidencial e anónima. Destina-se única e exclusivamente para fins do estudo.

As perguntas são essencialmente fechadas com umas quadriculas nas quais deverá assinalar a resposta ou as respostas que melhor se adequa a si. Existem algumas questões com resposta aberta, na qual poderá escrever alguma resposta que não esteja descrita nas opções com resposta fechada.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

RESPONDA, POR FAVOR, AO QUESTIONÁRIO SEGUINTE:

***Obrigatório**

1. Sexo: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Masculino
☐ Feminino

2. Idade: *

Assinale a Sua Idade

.....

3. Formação Académica *

Assinale a sua Formação Académica mais Elevada.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Bacharelato
☐ Licenciatura
☐ Mestrado
☐ Doutoramento

4. Formação Profissional: *

Assinale as suas Habilitações Profissionais

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Bacharelato em Enfermagem
☐ Licenciatura em Enfermagem ou equivalente legal

5. Outra Formação Profissional em Enfermagem:

Assinale a sua Formação Profissional, Apenas de a Possuir:
Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Especialização em Enfermagem
- ☐ Pós-Graduação em Enfermagem
- ☐ Outra:

6. Categoria Profissional: *

Assinale a sua Atual Categoria Profissional
Marcar apenas uma oval.

- ☐ Enfermeiro
- ☐ Enfermeiro Principal

7. Tipo de Vínculo com a Instituição: *

Assinale o Tipo de Vínculo atual com esta Instituição
Marcar apenas uma oval.

- ☐ Contrato de Trabalho em Funções Públicas (Quadro)
- ☐ Contrato a Termo Certo
- ☐ Contrato por tempo Indeterminado
- ☐ Contrato Administrativo de Provimento
- ☐ Contrato Individual de Trabalho
- ☐ Outra:

8. Tempo de Experiência Profissional: *

Escreva o tempo (em anos) de Experiência Profissional como Enfermeiro

.....

9. Tempo de Experiência Profissional como Enfermeiro no Serviço de Urgência: *

Escreva o tempo de Experiência Profissional (em anos) como Enfermeiro no Serviço de Urgência

.....

Situação no Trabalho do Último Ano

As questões que se seguem visam caracterizar o seu último ano de trabalho no Serviço de Urgência. Considere os Últimos 12 Meses em função do momento em que está a responder a este Questionário.

10. Horário de Trabalho Semanal: *

Assinale o número de Horas que praticou semanalmente na Instituição no último ano
Marcar apenas uma oval.

- ☐ 35 Horas
☐ 40 Horas
☐ 42 Horas
☐ Outra:

11. Regime de Horário: *

Assinale o tipo de horário que praticou habitualmente
Marcar apenas uma oval.

- ☐ Fixo
☐ Rotativo

12. Qual a Jornada média do seu trabalho? *

Assinale a opção que refira o número de horas por turno que realizou mais frequentemente
Marcar apenas uma oval.

- ☐ 6 Horas
☐ 7 Horas
☐ 8 Horas
☐ 12 Horas
☐ 18 Horas
☐ 24 Horas

13. Trabalhou em outro local? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ SIM *Passe para a pergunta 14.*
☐ NÃO *Passe para a pergunta 15.*

Se Respondeu SIM, à Questão Anterior, Que trabalhou em outra Instituição:

14. Se Respondeu SIM, à Questão Anterior, Que trabalhou em outra Instituição: *

Por favor, indique o número médio de HORAS SEMANAIS que realizou nessa Instituição

.....

AS QUESTÕES QUE SE SEGUEM, PRETENDEM SABER SOBRE OS ACIDENTES DE TRABALHO QUE OCORRERAM EXCLUSIVAMENTE NO DECORRER DO ÚLTIMO ANO DO SEU EXERCÍCIO PROFISSIONAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

15. Conhece o Circuito da Participação do Acidente de Serviço/Trabalho na Instituição? *

Assinale se conhece os procedimentos a adotar em caso de Acidente de Trabalho

Marcar apenas uma oval.

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

16. No Último Ano, Teve Acidentes de Trabalho? **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ SIM *Passe para a pergunta 17.*
- ☐ NÃO *Pare de preencher este formulário.*

Se Respondeu SIM, que teve Acidentes de Trabalho no Último Ano**17. Quantos Acidentes de Trabalho sofreu no Último Ano? ***

.....

18. Se Notificou o(s) Acidente(s) de Trabalho que sofreu no Último Ano, o que o/a levou a Notificar?

Descreva sumariamente o(s) motivo(s) que o/a levou a Notificar o(s) Acidente(s) de Trabalho

.....

.....

.....

.....

19. Se Respondeu que Teve Acidente(s) de Trabalho no Último Ano, NOTIFICOU TODOS os Acidentes que Sofreu? *

Assinale se Participou Todos os Acidentes de Trabalho que sofreu no último ano.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ SIM *Pare de preencher este formulário.*
- ☐ NÃO *Passe para a pergunta 20.*

Caraterização dos Acidentes de Trabalho ocorridos no Último Ano e Não Notificados**20. Do(s) Acidente(s) de Trabalho que TEVE E NÃO NOTIFICOU no Último Ano, Por Favor indique: ***

Indique o número de Acidentes que Teve e não Notificou. Se não sabe um valor exato, Por Favor indique um valor aproximado

.....

21. **Fatore(s) de risco envolvidos no(s) Acidente(s) de Trabalho Não Notificado(s) no Último Ano ***

Assinale o(s) Fator(es) de risco(s) Envolvido(s) no(s) Acidente(s) de Trabalho Não Notificado(s). Considere que ao Assinalar a Coluna 1 a sua Resposta é SIM; Se Assinalar a Coluna 2, a sua é Resposta NÃO.

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2
Fatores de risco de Natureza Biológica (materiais contaminados com sangue e outros fluidos corporais, tipo agulhas, agulhas sutura, abocetah's, tesouras, vidros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fatores de risco de Natureza Física (Ruído, iluminação, ambiente térmico, radiações ionizantes e não ionizantes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fatores de risco de Natureza Mecânica (manipulação de cargas, posicionamentos de doentes, quedas, choques, durante a realização de manobras)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fatores de risco de Natureza Psicossocial (Violência/stress)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fatores de risco de Natureza Química (manipulação de substâncias químicas, gases, aerossóis e preparações medicamentosas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. **Identifique a(s) causa(s) do(s) Acidente(s) de Trabalho ocorrido(s) no Último Ano e Não Notificado(s) ***

Assinale a opção/opções que na sua opinião deram origem ao(s) Acidente(s) de Trabalho Não Notificado(s). Considere que ao Assinalar a Coluna 1 a sua Resposta é SIM; Se Assinalar a Coluna 2, a sua é Resposta NÃO.

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2
Agitação psicomotora do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agressão Física do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agressão Física dos familiares do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agressão Verbal do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agressão Verbal dos familiares do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cansaço físico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cansaço Psicológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contentores de objetos cortantes e perfurantes a exceder o nível de segurança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contentores de objetos cortantes e perfurantes inacessíveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desorganização do serviço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duração do turno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espaço físico inadequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Excesso de número de doentes/enfermeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

acidente		
Falta de tempo para realizar as atividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Iluminação insuficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incumprimento das Medidas de Prevenção Universais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inexistência de Equipamentos de Proteção Individual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inexistência de material adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inexistência de material adequado à eliminação do Agente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Material Obsoleto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Múltiplas solicitações dos doentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Múltiplas solicitações dos familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não utilização de Equipamentos de Proteção Individual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Número elevado de doentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organização do trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pavimento escorregadio ou em más condições	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pressão dos doentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pressão dos familiares dos doentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prestação de cuidados em situações de Emergência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realização de várias tarefas em simultâneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ruído	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sobrecarga de Trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sobrecarga Horária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress provocado pela carência de recursos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tipo de Mobiliário inadequado aos diferentes postos de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabalho por turnos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trajetos desde a utilização do(s) Agente(s) à sua eliminação longo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização inadequada do Equipamentos de Proteção Individual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização Inadequada do material Cortante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização Inadequada do material Perfurante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. O(s) Acidente(s) de Trabalho ocorridos no Último Ano e Não Notificado(s) tiveram Consequências? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ SIM Passe para a pergunta 24.
- ☐ NÃO Passe para a pergunta 27.

Consequência(s) do(s) Acidente(s) de Trabalho ocorrido(s) no Último Ano e Não Notificado(s)

Assinale a(s) consequência(s) do(s) Acidente(s) de Trabalho ocorrido(s) no Último Ano e Não

24. Se Respondeu SIM à questão Anterior, que o Acidente de Trabalho teve Consequências *

Considere que ao Assinalar a Coluna 1 a sua Resposta é SIM; Se Assinalar a Coluna 2, a sua é resposta NÃO.

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2
Absentismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alergias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterações cutâneas (eritemas/pruridos/dermatoses/infeções)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterações oculares (infecção/conjuntivite/irritação)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cervicalgias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dor osteoarticular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dorsalgia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entorses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equimoses/hematomas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Feridas (cortes/escoriações)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fraturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lombalgias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Picada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tosse irritativa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transtornos psicológicos: Ansiedade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transtornos psicológicos: Insónias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transtornos psicológicos: Medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transtornos psicológicos: Stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Se respondeu ABSENTISMO, como Consequência do(s) Acidente(s) de Trabalho não Notificado(s)

Por Favor, indique, quantos dias do último ano perdeu em Consequência do(s) Acidente(s) de Trabalho.

.....

26. Teve alguma outra consequência para além das descritas anteriormente?

Descreva se teve alguma outra consequência do Acidente de Trabalho Não Notificado que não esteja descrita nas opções anteriores.

.....

.....

.....

.....

.....

Relativamente ao Último Acidente de Trabalho ocorrido no Último Ano e Não Notificado:

Último Ano e Não Notificado:**27. Indique o turno em que ocorreu ****Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Manhã
- ☐ Tarde
- ☐ Noite

28. Por favor Indique o momento do turno em que ocorreu **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ A princípio do Turno
- ☐ A meio do Turno
- ☐ No final do Turno

Na sua Opinião, a Não Notificação do(s) Acidente(s) de Trabalho que teve, aconteceu porque:**29. Na sua Opinião, a Não Notificação do(s) Acidente(s) de Trabalho que teve, aconteceu porque: ***

Considere que ao Responder na Coluna 1, a sua resposta é - DISCORDO TOTALMENTE; Ao Responder na Coluna 2, a sua resposta é - DISCORDO; Ao Responder na Coluna 3, a sua resposta é - CONCORDO; Ao Responder na Coluna 4, a sua resposta é - CONCORDO TOTALMENTE.

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4
A minha prioridade foi o doente em detrimento de eu próprio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Achei que não adviria qualquer consequência do Acidente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desconhecia a necessidade da notificação do acidente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desconheço os procedimentos associados à participação do Acidente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desvalorizei o acidente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Em situações de emergência, negligenciei a minha proteção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fui Influenciado pela idade do utente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Há uma Burocracia excessiva na participação do acidente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não acreditei na eficácia da Instituição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não acreditei no encaminhamento das situações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não adotei uma postura corporal correta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não considerei como uma ameaça física/psicológica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não participei para não prejudicar o outro profissional, pois foi ele o responsável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27/03/2015

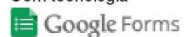
Subnotificação dos Acidentes de Trabalho nos Profissionais de Enfermagem dos Serviços de Urgência c

Não sei o que podia ser considerado como Acidente de Trabalho	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Neguei o risco após o Acidente	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Tive a Percepção de risco reduzido baseado no aspeto físico do doente	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Tive a Percepção de risco reduzido baseado no diagnóstico do doente	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Tive a Percepção que a Instituição não toma medidas	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Tive a Percepção que é um Procedimento inútil	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Tive a Percepção que só conta para estatísticas	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Tive Falta de Formação	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Tive falta de tempo para participar por sobrecarga de trabalho	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Tive medo de ser demitido	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Tive Medo do resultado das serologias	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Tive Percepção de risco reduzido baseado no conhecimento dos comportamentos do doente	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Tive receio da minha Imagem profissional ficar em causa	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Tive receio de ficar prejudicado na avaliação	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Tive receio de influenciar na renovação do contrato	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Tive receio de Perda salarial (por absentismo)	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Tive receio de repressões	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Tive receio de ser transferido de serviço	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Tive Responsabilidade pessoal pelo acidente	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Tomei atitudes para minimizar/suprimir o risco	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

FIM QUESTIONÁRIO

Muito Obrigado pela Sua Participação!

Com tecnologia



**APÊNDICE III – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA
REALIZAÇÃO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
13-09-18 54217
DO ALTO MINHO, E.P.E.

A Compro de E. L. Z.
parece 12
 Exmo.º Sr. Presidente do Conselho de
 Administração da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE
Maria do Espírito Santo
Enfermeira Directora
23/05/2013

Assunto. Pedido de Autorização para aplicação de um questionário aos profissionais de enfermagem dos Serviços de Urgência da ULSAM.

Eu, Vítor Manuel Quesado Arieiro, Enfermeiro a exercer funções no Serviço de Urgência Básica – Delegação de Ponte de Lima, com o número mecanográfico 90201, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho por este meio solicitar a Ex.ª autorização para a recolha de dados por questionário aos profissionais de Enfermagem dos Serviços de Urgência da ULSAM, no âmbito da realização da tese de Mestrado intitulada ***“Subnotificação dos Acidentes de Trabalho nos Profissionais de Enfermagem dos Serviços de Urgência numa local de Saúde”***, sob a orientação da Ex.ª Professora Doutora Clara Araújo e Professor Doutor Luís Graça.

Com a concretização do referido estudo, pretende-se dar resposta aos seguintes Objetivos.

- Identificar os acidentes de serviço (agente material/biológico e/ou zona do corpo atingida) mais frequentes, mas não notificados;
- Caracterizar os profissionais de enfermagem que sofreram acidentes de trabalho e que não os notificaram;
- Identificar as causas da subnotificação dos acidentes de trabalho;

O estudo incidirá sobre todos os Enfermeiros pertencentes ao Departamento de Urgência da ULSAM (Sede e Delegações) na medida em que se pretende uma população com maior heterogeneidade e representatividade.

Com este estudo, para além de cumprir um requisito académico da minha formação, pretendo fornecer os resultados da investigação em benefício da melhoria das condições de segurança dos profissionais de saúde desta unidade contribuindo para uma melhoria da saúde dos

C. L. Z.
Nº 62
23/09/2013

mesmos e consequente melhoria dos cuidados prestados bem como para a saúde ocupacional, ajudando a garantir ambientes de trabalho seguros, saudáveis e investindo na sua formação. São estes os aspetos relevantes que darão corpo ao questionário que pretendo levar a cabo. Em conjunto com esse documento, envio o questionário que coloco à V. Consideração.

Dada a natureza do assunto, pede-se a V. Ex.^a a maior brevidade possível na resposta.

Grato pela atenção e sem outro assunto de momento.

Viana do Castelo, 18 de Setembro de 2013

O Investigador Responsável



**APÊNDICE IV – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO
ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO**



COMISSÃO de ÉTICA

Carapalho
Maria do Céu Paia
Enfermeira Directora
28/11/2013

PARECER da COMISSÃO de ÉTICA

A Comissão de Ética recebeu do C.A. o pedido de parecer, para a realização de um projeto de investigação, sendo o investigador, **Vitor Manuel Quesado Arieiro**, Enfermeiro a exercer funções na ULS-AM, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, cujo tema é: **"Subnotificação dos Acidentes de Trabalho nos Profissionais de Enfermagem dos Serviços de Urgência numa Unidade Local de**

Por se encontrar completo, foi pela Comissão dado parecer positivo à realização do referido estudo.

A Comissão de Ética reunida em 19 de Novembro de 2013

O Presidente da C. E.


(Dr. António Rodrigues)

ULSAM, EPE

Sede Social: Estrada de Santa Luzia – VIANA DO CASTELO - N.º P.C. 508 786 193 Capital Estatutário: 35 422 000,00 €-
Endereço postal: Rua José Espregueira, 126 – 4901-871 VIANA DO CASTELO
Telf: 258 802 100 Fax: 258 802 511 – Linha Azul: 258 828 888

APÊNDICE V – TESTE DE NORMALIDADE SHAPIRO-WILK

Tests of Normality				
	No Último Ano, Teve	Shapiro-Wilk		
	Acidentes de Trabalho?	Statistic	df	Sig.
Idade:	NÃO	,973	38	,473
	SIM	,880	17	,032
Tempo de Experiência Profissional:	NÃO	,960	38	,190
	SIM	,900	17	,069
Tempo de Experiência Profissional como Enfermeiro no Serviço de Urgência:	NÃO	,924	38	,013
	SIM	,899	17	,064

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Descriptives				
	No Último Ano, Teve Acidentes de Trabalho?		Statistic	Std. Error
Idade:	NÃO	Skewness	-,046	,383
		Kurtosis	-,729	,750
	SIM	Skewness	1,321	,550
		Kurtosis	3,460	1,063
Tempo de Experiência Profissional:	NÃO	Skewness	-,237	,383
		Kurtosis	-,457	,750
	SIM	Skewness	,936	,550
		Kurtosis	2,429	1,063
Tempo de Experiência Profissional como Enfermeiro no Serviço de Urgência:	NÃO	Skewness	,456	,383
		Kurtosis	-,389	,750
	SIM	Skewness	,915	,550
		Kurtosis	2,060	1,063

**APÊNDICE VI – ANÁLISE DAS DIFERENÇAS QUANTO À
NOTIFICAÇÃO DE AT – JORNADA DE TRABALHO**

Jornada * Notificação Crosstabulation

			Notificação		Total
			Notificou	Não notificou	
Jornada	8 horas ou menos	Count	5	2	7
		Expected Count	2.5	4.5	7.0
		Adjusted Residual	2.6	-2.6	
	Mais de 8 horas	Count	1	9	10
		Expected Count	3.5	6.5	10.0
		Adjusted Residual	-2.6	2.6	
Total	Count	6	11	17	
	Expected Count	6.0	11.0	17.0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.804 ^a	1	.009		
Continuity Correction ^b	4.380	1	.036		
Likelihood Ratio	7.197	1	.007		
Fisher's Exact Test				.035	.018
Linear-by-Linear Association	6.403	1	.011		
N of Valid Cases	17				

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.47.

b. Computed only for a 2x2 table

ANEXOS

**ANEXO I – PROCEDIMENTO GERAL DE PARTICIPAÇÃO DE
ACIDENTE EM SERVIÇO E ACIDENTE DE TRABALHO.**

OBJETIVO

Uniformizar o procedimento de participação de acidente em serviço e de acidente de trabalho.

DEFINIÇÕES

Acidente em serviço - o acidente de trabalho que se verifique no decurso da prestação de trabalho pelos trabalhadores da Administração Pública.

Acidente de trabalho - aquele que se verifique no local e tempo de trabalho e produza direta ou indiretamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte.

RESPONSABILIDADES

- Serviço de Gestão de Recursos Humanos - SGRH/Saúde Ocupacional,
- Direções de Departamento,
- Diretores/Coordenadores de Serviço,
- Enfermeiros Chefes/Coordenadores,
- Diretores/Coordenadores/Responsáveis das diferentes áreas.

DESCRIÇÃO

Trabalhadores abrangidos pelo **Contrato de Trabalho em Funções Públicas**

Ocorrido um acidente, **o trabalhador deverá:**

- Dirigir-se de imediato ao Serviço de Urgência (SU), a fim de lhe serem prestados os primeiros socorros ou socorros imediatos;
- Preencher impresso próprio, modelo oficial para os contratos de trabalho em funções públicas, disponível nos serviços. O médico que assistiu o sinistrado no SU fica obrigado ao preenchimento da parte clínica do impresso;
- Comunicar a ocorrência à respetiva chefia, que tomará conhecimento por escrito do documento acima referido;
- Entregar o processo, no prazo máximo de dois dias úteis, na, Secção de Apoio Administrativo Geral - SAAG, pelo próprio ou por interposta pessoa.

A Saúde Ocupacional (SO) numera o processo e, enviará de imediato uma cópia ao

Serviço de Higiene e Segurança no Trabalho - SHST a fim de proceder à investigação do acidente.

Quando do acidente resultar **incapacidade temporária** para o trabalho, o trabalhador será examinado pela médica de Medicina do Trabalho que, sempre que necessário, fará o encaminhamento para uma Consulta de Especialidade, salvo se houver lugar a internamento ou extrema incapacidade de deslocação. Nestas situações deverá o facto ser comunicado telefonicamente ou por outra via. Mesmo nas situações em que o médico de referência da Urgência (que atendeu o sinistrado) encaminhar o trabalhador para a Consulta Externa, este deverá ser avaliado pela médica de Medicina do Trabalho.

Nos acidentes em que estejam envolvidos produtos biológicos, nomeadamente quando se trate de picadas ou equivalentes, deverão os trabalhadores ser avaliados pela médica de Medicina do Trabalho, independentemente da obrigatoriedade do recurso imediato ao Serviço de Urgência para determinação dos marcadores víricos de acordo com as orientações da Comissão de Controlo de Infecção - CCI (nomeadamente no que respeita à identificação do Paciente Fonte, consentimento informado para colheita ou não analítica bem como, demais documentos integrantes) e eventual envio a Consulta Diferenciada.

Nestas circunstâncias, deverá de imediato ser feita recolha de sangue ao Paciente Fonte, desde que conhecido.

As consultas de especialidade deverão ter carácter prioritário.

O processo será informado e enviado ao SGRH para ser qualificado ou não qualificado pelo Diretor do Serviço e posteriormente será devolvido à SO.

A Saúde Ocupacional deverá:

- Comunicar, mensalmente, à GRH/Assiduidade, através de protocolo ou via email, as incapacidades temporárias absolutas ou parciais. Será elaborado pela GRH/Assiduidade um mapa com a previsão das datas em que devem ser comunicadas as incapacidades;
- Proceder às respetivas participações institucionais, conforme o disposto no art.º 9º, do Decreto - Lei nº 503/99, de 20 de Novembro;
- Organizar o processo e o respetivo ofício de cobertura que será assinado pelo Diretor GRH;
- Proceder à organização dos processos de submissão à Junta Médica da ADSE ou CGA, conforme dispõem os artºs 19º e 20º do referido diploma;
- Remeter o processo, depois de organizado, ao Diretor GRH para tomada de conhecimento e assinatura dos ofícios de cobertura;
- Solicitar ao GRH elementos necessários à organização dos processos, via email.
- Os documentos de despesa deverão ser canalizados para a SO, a fim de serem conferidos relativamente à origem de emissão. Posteriormente serão enviados para o Diretor GRH, para autorização do respetivo pagamento;
 - Dos documentos de despesa apresentados pelos trabalhadores deverá

constar:

- O nome do trabalhador;
 - Indicação que o documento emitido refere-se a acidente em serviço.
 - Os documentos de despesa
 - Não poderão ser emitidos pela ADSE;
 - Os recibos deverão ser emitidos em nome da ULSAM
 - Os documentos de despesa, depois de processados nos salários, deverão ser devolvidos à SO, para arquivamento nos respetivos processos;
- Os processos de acidente em serviço deverão ser arquivados na SO, a fim de facilitar a sua consulta, sempre que necessário;
 - Os processos abaixo referidos deverão ser organizados pela SO, informados pela médica de Medicina do Trabalho e posteriormente enviados ao Diretor GRH para conhecimento e assinatura dos mesmos:
 - Pedidos de reabertura de processos de acidente em serviço por recidiva, agravamento ou recaída, nos termos do art.º 24º, do Decreto-Lei nº 503/99, a requerimento do próprio;
 - Pedidos de subsídio por assistência de terceira pessoa, nos termos dos art.º 16º e 17º do mesmo diploma, a requerimento do próprio;
 - A demais documentação referente aos acidentes em serviço deverá ser reencaminhada para a S.O.

Os trabalhadores deverão, sempre que têm consulta da Especialidade, contactar a SO, se possível no dia anterior e solicitar o respetivo processo que será levantado na SAAG ou na SO e entregue no mesmo local, no dia seguinte à consulta. Deverá ser assinado um documento de requisição e entrega do mesmo.

Os trabalhadores deverão, nas situações em que são submetidos a Juntas Médicas decorrentes de acidentes em serviço, solicitar atempadamente relatório ao médico que assistiu ou assiste o trabalhador no acidente ou à médica de Medicina do Trabalho.

Nota Importante:

Sempre que o superior hierárquico tenha tomado conhecimento verbal e no prazo legal (48 horas) não tenha acesso à participação formal do acidente, é responsável pela elaboração do documento.

Trabalhadores abrangidos pelo **Contrato Individual de Trabalho**

Ocorrido um acidente de trabalho **o trabalhador deverá:**

- Dirigir-se ao Serviço de Urgência, se possível, a fim de lhe serem prestados os primeiros socorros ou socorros imediatos;
- Preencher o impresso próprio da Companhia de Seguros e anexar ficha de urgência;
- Entregar o processo no prazo máximo de dois dias úteis, na SAAG, pelo próprio ou por interposta pessoa.

Se do acidente resultar Incapacidade, será de imediato comunicado à Companhia de Seguros, via email, a ocorrência com a indicação que o trabalhador se vai apresentar naquele Serviço com cópia do processo que posteriormente será substituído pelo processo original.

A Saúde Ocupacional (SO) numera o processo e, enviará de imediato uma cópia do mesmo ao SHST a fim de elaborar o respetivo processo de investigação.

A participação será remetida ao Diretor do Serviço de GRH com o respetivo ofício de cobertura a fim de serem assinados, ambos os documentos. O Serviço de GRH devolverá novamente o processo à SO.

A demais documentação referente aos acidentes de trabalho deverá ser reencaminhada para a SO.

A Saúde Ocupacional deverá:

- Enviar o original à Companhia de Seguros;
- Mensalmente comunicará as incapacidades temporárias absolutas e parciais à GRH/Assiduidade, sendo o caso, via email. Será elaborado pela GRH/Assiduidade um mapa com a previsão das datas em que devem ser comunicadas as Incapacidades.

A GRH/Assiduidade:

- Elabora mapa com a previsão das datas em que os processos devem ser remetidos àquele Serviço;

Os trabalhadores serão assistidos pelos médicos que a Companhia de Seguros indicar.

Os documentos emitidos pela Companhia de Seguros referentes ao acidentes de trabalho, nomeadamente períodos de incapacidade, marcações de consultas, exames e altas deverão ser entregues ou reencaminhados para a SO, de imediato.

Os documentos de despesa decorrentes dos acidentes de trabalho deverão ser entregues na Companhia de Seguros para o respetivo reembolso.

Aos processos de acidente de trabalho deverá ser atribuída uma numeração distinta dos acidentes em serviço e arquivo distinto.

Os processos de acidente de trabalho deverão ser arquivados na SO, a fim de facilitar a

sua consulta sempre que necessário.

Hospital e Centros de Saúde

Todas as situações de acidente em serviço, acidente de trabalho ou doenças profissionais ocorridas com trabalhadores do Hospital e Centros de Saúde, têm o mesmo trâmite processual, com a seguinte adaptação:

- O trabalhador ou interposta pessoa deverá apresentar o processo no serviço de Apoio Administrativo referente a cada Unidade, no prazo máximo de dois dias úteis.
- Em cada unidade funcional deverá haver dois colaboradores de referência e dois substitutos nas ausências ou impedimentos, a designar, sendo dois deles Médicos que farão o atendimento e acompanhamento do sinistrado ou encaminhamento para o Serviço de Urgência. Os outros elementos de referência serão assistentes técnicos, que tratarão da parte burocrática do processo e farão a interligação com a Saúde Ocupacional;
- Quando do acidente em serviço **resultar incapacidade**, os trabalhadores são examinados pela médica de Medicina do Trabalho que, se necessário, encaminha para uma Consulta de Especialidade, salvo se houver lugar a internamento ou extrema incapacidade de deslocação. Nesta situação deverá o facto ser comunicado telefonicamente ou por outra via. Mesmo nas situações em que o médico de referência da Urgência (que atendeu o sinistrado) encaminhar o trabalhador para a Consulta Externa, este deverá ser avaliado pela médica de Medicina do Trabalho;
- Nos acidentes em que estejam envolvidos produtos biológicos, nomeadamente quando se trate de picadas ou equivalentes deverão ser avaliados pela médica de Medicina do Trabalho, independentemente da obrigatoriedade do recurso imediato ao Serviço de Urgência;
- As consultas de especialidade deverão ter carácter prioritário;
- As Unidades de Apoio Administrativo deverão fazer o registo de entrada dos processos e enviá-los de imediato por correio eletrónico (digitalizando o documento) ou fax, e posteriormente enviar o original para a Saúde Ocupacional;
- Quando do acidente de trabalho **resultar incapacidade**, ou naqueles que, mesmo sem incapacidade temporária, estejam envolvidos produtos biológicos, nomeadamente picadas ou equivalentes, os Serviços de Apoio Administrativo de referência, deverão de imediato contactar a Saúde Ocupacional para orientações relativamente ao encaminhamento para a Companhia de Seguros ou outra diferenciada.
- Relativamente aos documentos de despesa deverão proceder de forma idêntica, com exceção dos trabalhadores em regime de contrato de trabalho que deverão apresentar tais documentos na Companhia de Seguros.

Todos os processos de acidentes em serviço e de trabalho serão inseridos no programa informático da ACSS da DGS, pela Saúde Ocupacional

DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

- Artigos 59.º e 63.º da Constituição da República Portuguesa
- Lei nº 4/2007, de 16 de Janeiro (Lei de Bases da Segurança Social LBSS)
- Lei nº 4/2009, de 29 de Janeiro (Lei da proteção social dos trabalhadores que exercem funções públicas - LPSTFP)
- Artigo 9.º e nºs 3 e 3 do artigo 19.º da Lei nº 59/2008, de 11 de Setembro (RCTFP)
- Decreto-lei nº 503/99, de 20 de Novembro, (Regime jurídico dos acidentes em serviço e das doenças profissionais no âmbito da Administração Pública)
- Artigo 284º do Código do trabalho aprovado pela Lei nº 7/2009, de 12 de Fevereiro
- Lei nº 98/2009, de 4 de Setembro (Regulamenta o regime de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, incluindo a reabilitação e reintegração profissional)
- Decreto-Lei nº 352/2007, de 23 de Outubro (Aprova a Tabela Nacional de Incapacidades)